

Die Bedeutung kognitiver Faktoren für die Entwicklung psychischer
Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien

Von der Fakultät für Lebenswissenschaften
der Technischen Universität Carolo-Wilhelmina

zu Braunschweig

zur Erlangung des Grades einer

Doktorin der Naturwissenschaften

(Dr. rer. nat.)

genehmigte

D i s s e r t a t i o n

von Diana Moesgen
aus Kranenburg

1. Referent:	Professor Dr. Wolfgang Schulz
2. Referent:	Professor Dr. Michael Klein
eingereicht am:	06.10.2010
mündliche Prüfung (Disputation) am:	08.12.2010

Druckjahr 2010

VORVERÖFFENTLICHUNGEN DER DISSERTATION

Teilergebnisse aus dieser Arbeit wurden mit Genehmigung der Fakultät für Lebenswissenschaften, vertreten durch den Mentor der Arbeit, in folgenden Beiträgen vorab veröffentlicht:

Tagungsbeiträge

Moesgen, D. & Klein, M. (2010, September). *Die Rolle kognitiver Faktoren für die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien und Implikationen für präventive Angebote*. Vortrag auf dem 3. Deutschen Suchtkongress, Tübingen.

DANKSAGUNG

Ein besonderer Dank geht an alle Personen, die mich unterstützt und zum Gelingen der Arbeit beigetragen haben:

- Herrn Prof. Dr. Wolfgang Schulz
- Herrn Prof. Dr. Michael Klein
- alle kooperierende Einrichtungen
- alle teilnehmende Kinder und Jugendlichen sowie deren Eltern
- meine studentischen Hilfskräfte
- die Generaldirektion für Gesundheit und Verbraucherschutz der Europäischen Kommission (DG SANCO)
- die Katholische Hochschule NRW
- meine Kollegen und Freunde Björn Alders, Anna Drabik, Claudia Glander, Bine Harm, Thorsten Köhler und ganz besonders an Dr. Ines Schaunig-Busch
- Hatti und meine Familie

INHALTSVERZEICHNIS

ZUSAMMENFASSUNG	9
EINLEITUNG	11
THEORETISCHER HINTERGRUND	13
1. Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit	13
1.1 Definition der Begrifflichkeiten Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit.....	13
1.2 Prävalenzen zur Alkoholproblematik in Deutschland.....	17
1.3 Folgeschäden von Alkoholabhängigkeit	17
2. Alkoholabhängigkeit und Familie.....	19
2.1 Kinder aus alkoholbelasteten Familien	19
2.2 Familiäres Transmissionsrisiko von Alkoholabhängigkeit	20
2.3 Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien	25
2.3.1 Externalisierende Auffälligkeiten	25
2.3.1.1 Hyperkinetische Störungen	26
2.3.1.2 Störungen des Sozialverhaltens.....	27
2.3.1.3 Weitere externalisierende Auffälligkeiten	28
2.3.2 Internalisierende Auffälligkeiten.....	29
2.3.2.1 Depressionen	30
2.3.2.2 Angststörungen.....	32
2.3.2.3 Somatische und somatoforme Störungen	33
2.4 Zusammenfassung und Fazit.....	34
3. Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten	36
3.1 Risikofaktoren	38
3.1.1 Umgebungsbezogene Risikofaktoren.....	38
3.1.2 Personenbezogene Risikofaktoren	45
3.1.3 Übersicht	49
3.2 Schutzfaktoren.....	52
3.2.1 Umgebungsbezogene Schutzfaktoren	52
3.2.2 Personenbezogene Schutzfaktoren	55

3.2.3 Übersicht	62
3.3 Zusammenfassung und Fazit	64
EMPIRISCHER TEIL	66
4. Fragestellungen und Hypothesen der Untersuchung.....	67
4. 1 Primäre Fragestellungen und Hypothesen.....	68
4.1.1 Verhaltensauffälligkeiten	69
4.1.2 Kognitive Faktoren.....	69
4.2 Sekundäre Fragestellungen und Hypothesen	72
5. Methode.....	74
5.1 Stichprobenbeschreibung	74
5.1.1 Jugendliche.....	74
5.1.1.1 Untersuchungsgruppe.....	74
5.1.1.2 Kontrollgruppe	81
5.1.1.3 Vergleichbarkeit der UG mit der KG	84
5.1.2 Fallbeispiele	85
5.2 Inzentive	85
5.3 Untersuchungsinstrumente	86
5.3.1 Jugendliche.....	86
5.3.1.1 Soziodemographische Merkmale	87
5.3.1.2 Children of Alcoholics Screening Test (CAST)	87
5.3.1.3 Weitere Angaben zur elterlichen Suchtproblematik	90
5.3.1.4 Alkoholkonsum	90
5.3.1.5 Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ)	91
5.3.1.6 KIDCOPE.....	93
5.3.1.7 Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartungen (SWE)	94
5.3.1.8 Schema Questionnaire for Children (SQC).....	95
5.3.1.9 Fragebogen für negative und positive automatische Gedanken (FAG)	96
5.3.1.10 Family Assessment Measurement-III (FAM-III)	97
5.3.1.11 Familien-Beziehungs-Skalen (FBS).....	99
5.3.1.12 Übersicht	101
5.3.2 Eltern	101
5.3.2.1 Soziodemographische Merkmale	102

5.3.2.2 Angaben zur elterlichen Suchtproblematik	103
5.3.2.3 Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)	104
5.3.2.4 Skala „Medikamenteneinnahme“ aus dem Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (FEG)	105
5.3.2.5 General Health Questionnaire (GHQ-12)	106
5.3.2.6 Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ) - Elternversion	107
5.3.2.7 Family Assessment Measurement-III (FAM-III)	109
5.3.2.8 Familien-Beziehungs-Skalen (FBS).....	110
5.3.2.9 Übersicht	111
5.4 Untersuchungsablauf	112
5.4.1 Ablauf der Untersuchung für die Untersuchungsgruppe.....	112
5.4.2 Ablauf der Untersuchung für die Kontrollgruppe	115
5.5 Datenanalyse	117
6. Ergebnisse	118
6.1 Verhaltensauffälligkeiten	118
6.1.1 Psychische Symptombelastung	118
6.1.2 Alkoholkonsum	123
6.2 Kognitive Variablen	125
6.2.1 Vergleiche zwischen der UG und der KG.....	125
6.2.1.1 Bewältigungsverhalten	125
6.2.1.2 Selbstwirksamkeitserwartungen	126
6.2.1.3 Dysfunktionale Schemata.....	127
6.2.1.4 Automatische Gedanken	127
6.2.2 Geschlechts- und altersspezifische Auswertungen in Hinblick auf kognitive Variablen innerhalb der UG	129
6.2.3 Analyse der Bedeutung kognitiver Variablen für die psychische Symptombelastung	132
6.2.3.1 Bewältigungsverhalten	132
6.2.3.2 Selbstwirksamkeitserwartungen	136
6.2.3.3 Dysfunktionale Schemata.....	138
6.2.3.4 Automatische Gedanken	141
6.2.3.5 Ergebnisse univariater Varianzanalysen in Hinblick auf kognitive Variablen	146

6.2.3.6 Ergebnisse linearer Regressionsanalysen in Hinblick auf kognitive Variablen	148
6.3 Variablen der Eltern-Kind-Beziehung	150
6.3.1 Vergleiche zwischen der UG und der KG.....	150
6.3.2 Geschlechts- und altersspezifische Auswertungen in Hinblick auf Variablen der Eltern- Kind-Beziehung innerhalb der UG	151
6.3.3 Analyse der Bedeutung von Variablen der Eltern-Kind-Beziehung für die psychische Symptombelastung	153
6.3.4 Ergebnisse univariater Varianzanalysen in Hinblick auf Variablen der Eltern-Kind-Beziehung.....	158
6.3.5 Ergebnisse linearer Regressionsanalysen in Hinblick auf Variablen der Eltern-Kind-Beziehung	159
6.4 Ergebnisse linearer Regressionsanalysen in Hinblick auf kognitive Variablen und Variablen der Eltern-Kind-Beziehung	160
6.5 Resilienzen	162
6.5 Explorative Fallbeispiele.....	163
6.5.1 Fallbeispiel 1: Familie B. aus A.	163
6.5.1 Fallbeispiel 2: Familie W. aus N.	173
6.5.2 Zusammenfassung und Fazit	182
7. Diskussion	184
7.1 Verhaltensauffälligkeiten	184
7.2 Kognitive Faktoren.....	187
7.3 Variablen der Eltern-Kind-Beziehung	193
7.4 Limitationen der vorliegenden Untersuchung.....	197
7.5 Fazit für die Praxis und weitere Forschungsvorhaben	200
LITERATURVERZEICHNIS	203
TABELLENVERZEICHNIS	226
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	232
ANHANG	233

ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Untersuchung soll zunächst zeigen, dass Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien mehr psychische Auffälligkeiten aufweisen als unbelastete Kinder und Jugendliche. Darüber hinaus soll untersucht werden, ob sich Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien in Hinblick auf kognitive Muster wie Bewältigungsstrategien, Selbstwirksamkeitserwartungen, dysfunktionale Schemata und automatische Gedanken von nicht-betroffenen Kindern unterscheiden. Schwerpunktmäßig wird im Anschluss die Bedeutung kognitiver Faktoren in Bezug auf psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien analysiert. Zudem werden mögliche Unterschiede in der Eltern-Kind-Beziehung zwischen belasteten und unbelasteten Kindern und Jugendlichen untersucht. Auch wird die Bedeutung dieser familiären Faktoren für die Entwicklung einer psychischen Symptombelastung bei betroffenen Kindern und Jugendlichen untersucht.

Für dieses Vorhaben wurde eine Fragebogenuntersuchung mit 72 Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien und 109 unbelasteten Kindern und Jugendlichen durchgeführt. Ferner wurden zwei Kasuistiken alkoholbelasteter Familien näher betrachtet. Hier wurden nicht nur die Kinder befragt, auch die Sicht der Eltern wurde mithilfe telefonischer Interviews erfasst.

Die Ergebnisse zeigen, dass Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien eine höhere Symptombelastung aufweisen als unbelastete Kinder und Jugendliche, vor allem in Bezug auf emotionale Probleme und Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen. Wider Erwarten zeigen betroffene Kinder und Jugendliche kein riskanteres Alkoholkonsumverhalten als nicht-betroffene Kinder und Jugendliche. In Hinblick auf kognitive Muster und Variablen der Eltern-Kind-Beziehung unterscheiden sich die beiden Gruppen kaum bzw. nicht voneinander.

Es stellte sich jedoch heraus, dass kognitive Muster eine besondere Bedeutung für die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien besitzen. Dies gilt ebenso für familiäre Faktoren. Diese Befunde stellen jedoch kein Spezifikum für betroffene Kinder und Jugendliche dar, sondern sind auch für Kinder und Jugendliche aus unbelasteten Familien zutreffend. Der Bearbeitung kognitiver Muster und familiärer Faktoren kann somit eine besondere Bedeutung sowohl in der selektiven Präventionsarbeit mit Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien, als auch in der universellen Präventionsarbeit mit Kindern und Jugendlichen aus unbelasteten Familien

zukommen. Im Idealfall werden auch die Eltern der Kinder und Jugendlichen in diese Arbeit integriert.

EINLEITUNG

„Nicht was wir erleben, sondern wie wir empfinden, was wir erleben, macht unser Schicksal aus.“ (Marie von Ebner-Eschenbach)

Bisherige Forschungsergebnisse zeigen, dass Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien eine erhöhte psychische Symptombelastung aufzeigen, sowohl in Hinblick auf internalisierende als auch auf externalisierende Störungsbilder. Dies ist das Resultat bestimmter vorhandener Risikofaktoren und einer Ermangelung an protektiven Faktoren. Die vergleichsweise erhöhte psychische Symptombelastung betroffener Kinder soll in der vorliegenden Studie repliziert werden. Des Weiteren sollten bisherige Befunde bestätigt werden, dass Kinder und Jugendliche mehr Alkohol konsumieren als nicht-betroffene Gleichaltrige.

Wenig untersucht wurde bislang die Bedeutung kognitiver Faktoren für die Entstehung psychischer Auffälligkeiten im Kontext von Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien. Die vorliegende Untersuchung soll diese Lücke in der Forschung füllen. Hierzu werden zunächst potentielle Unterschiede zwischen belasteten und unbelasteten Kindern und Jugendlichen in Hinblick auf kognitive Muster erfasst. Im Anschluss wird die Bedeutung der kognitiven Muster für die Entstehung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien analysiert. Des Weiteren soll auch die Rolle familiärer Faktoren für die Entwicklung psychischer Störungsbilder beleuchtet werden. Auch hier sollen zunächst potentielle Unterschiede zwischen betroffenen und nicht-betroffenen Kindern und Jugendlichen aufgedeckt werden. Es folgt eine Analyse der Bedeutung familiärer Faktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus suchtblasteten Familien. Die Ergebnisse werden einen maßgeblichen Beitrag zu der künftigen Entwicklung präventiver Programme für Kinder und Jugendliche aus suchtblasteten Familien leisten.

Die vorliegende Arbeit ist in zwei große Abschnitte unterteilt. Im theoretischen Teil erfolgt zuerst eine kurze Beschreibung der Störungsbilder Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. Im Folgenden werden die Auswirkungen eines elterlichen Alkoholproblems auf die betroffenen Kinder dargestellt. Ein besonderer Fokus wird hierbei auf die Entwicklung eigener Suchtstörungen sowie auf die Entstehung weiterer psychischer Störungsbilder gelegt. Nachfolgend werden bisher erforschte umgebungs- und personenbezogene Risiko- und Schutzfaktoren erörtert, die die Entstehung psychischer Probleme begünstigen bzw. diesen vorbeugen können.

Der empirische Abschnitt stellt zunächst die Fragestellungen der Untersuchung und die zu prüfenden psychologischen Hypothesen vor. Danach werden die Stichprobe der Studie, die Erhebungsinstrumente, der Untersuchungsablauf und die Art der Datenauswertung detailliert dargestellt. Nachfolgend werden die Ergebnisse der Untersuchung präsentiert. Zunächst werden hier die Resultate hinsichtlich der psychischen Symptombelastung vorgestellt. Es folgen die Ergebnisse zu den erfassten kognitiven Variablen, die das Kernstück der Studie darstellen. Im Anschluss werden die Befunde zu den untersuchten familiären Variablen erörtert. Im letzten Abschnitt des Ergebnisteils werden die Resultate der beiden Fallbeispiele beschrieben.

Der Diskussionsteil bespricht die gefundenen Ergebnisse vor dem Hintergrund der bisherigen Forschungslage und stellt die Konsequenzen für die aufgestellten Hypothesen dar. Ebenso werden methodische und inhaltliche Einschränkungen der vorliegenden Studie diskutiert. Zuletzt werden Implikationen für die praktische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien und für die künftige Forschung auf diesem Gebiet abgeleitet.

THEORETISCHER HINTERGRUND

1. Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit

Alkoholkonsum ist fest in das soziale Leben und in die traditionellen Strukturen der westlichen Gesellschaft integriert und ihm werden situationsbedingt ganz unterschiedliche Funktionen und Bedeutungen beigemessen, welche vom akzeptierten Bestandteil von Mahlzeiten bis hin zum alterstypischen jugendlichen Experimentierkonsum reichen. Grundsätzlich steht die deutsche Gesellschaft jedoch dem Konsum psychoaktiver Substanzen und somit auch dem Konsum von Alkohol ambivalent gegenüber. Auf der einen Seite wird die Einnahme (legaler) psychotroper Substanzen von den meisten Mitgliedern unserer Gesellschaft akzeptiert und zu manchen Gelegenheiten sogar erwartet und erwünscht (z.B. bei festlichen Anlässen). Ziel dieser „lustvoll selbstbestimmten Rauschhaftigkeit“ (Legnaro, 2000, S. 19) ist die zumindest temporäre Entziehung von alltäglichen Verpflichtungen. Auf der anderen Seite erwartet unsere Gesellschaft jedoch auch, dass die konsumierenden Personen das Ausmaß und die Intensität des Rausches determinieren und damit den Konsum selbst kontrollieren können, so dass ein permanentes Versagen vor den Anforderungen des Alltags trotz der Einnahme von Rauschmitteln vermieden wird (Legnaro, 2000). Eine Person, die durch ihren Konsum alkoholbezogene Probleme entwickelt, wird daher von der Gesellschaft eher abgelehnt. Diese Sichtweise entspricht Pittman (1964) zufolge einer „Ambivalenzkultur“, wie sie in vielen englischsprachigen und nordeuropäischen Staaten zu finden ist.

1.1 Definition der Begrifflichkeiten Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit

Der gesellschaftlich anerkannte Konsum von Alkohol sowie seine einfache Verfügbarkeit bereiten oftmals den Weg für potentiellen Missbrauch alkoholischer Getränke (Davison & Neale, 2002). Lange Zeit galt das therapeutische Interesse ausschließlich schwer Alkoholabhängigen, deren jahrzehntelanger und exzessiver Konsum zur Abhängigkeit und zu schweren organischen Schäden geführt hatte. Die Vielfalt alkoholbedingter Störungen ist in Bezug auf ihre Begleit- und Folgeerkrankungen jedoch wesentlich breiter. Ebenso beruht die Mehrzahl aller alkoholbedingten Folgeschäden auf weniger schweren Störungsformen (Schmidt & Schmidt, 2003a). Um diesen Erkenntnissen gerecht zu werden, wurden neue fachliche Begrifflichkeiten eingeführt, um die verschiedenen Störungsformen differenzierter

und adäquater beschreiben zu können. Der diagnostischen Einteilung der ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 10. Revision, 1994) oder der Klassifizierung des DSM-IV (Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen, 1994) der Amerikanischen Psychologischen Assoziation (APA) zufolge wird daher heutzutage in Bezug auf pathologischen Alkoholkonsum ein „schädlicher Gebrauch“ (ICD-10) bzw. ein „Missbrauch“ (DSM-IV) von einer „Alkoholabhängigkeit“ unterschieden. Darüber hinaus gibt es von der Weltgesundheitsorganisation WHO im Vorfeld dieser Störungsbilder den „riskanten Konsum“ (Schmidt & Schmidt, 2003a). Dieser liegt vor, wenn Männer täglich mehr als 30g (ca. 3-4 Gläser Wein oder Bier) und Frauen täglich mehr als 20g reinen Alkohols konsumieren (ca. 2-3 Gläser Wein oder Bier).

In der Bundesrepublik Deutschland wird in der Regel nach der ICD-10 diagnostiziert (Lindenmeyer, 2005). Gemäß dieser Klassifikation geht „schädlicher Gebrauch“ in der Regel mit einem gewohnheitsmäßigen Alkoholkonsum einher, bei dem der Alkohol meist in größeren Mengen getrunken wird (Dilling, Mombour & Schmidt, 2004). Ziel dieses Konsummusters ist es, die positiven Wirkungen des Alkohols immer wieder erleben zu können, ohne dass ein übermächtiger, unkontrollierbarer Konsumwunsch oder -zwang besteht. Grundsätzlich erfordert die Diagnose „schädlicher Gebrauch“ nach ICD-10 zusätzlich zum oben beschriebenen Konsummuster in jedem Fall auch eine tatsächliche Schädigung der psychischen oder körperlichen Gesundheit. Das Konsumverhalten allein bildet somit keine Grundlage für die Diagnostik eines schädlichen Gebrauchs. Mögliche negative soziale Folgen oder Schwierigkeiten mit dem Gesetz allein sind kein Beweis für schädlichen Gebrauch bzw. Missbrauch. Ebenso gelten eine akute Intoxikation oder ein „Kater“ nicht als der Gesundheitsschaden, der für die Diagnose „schädlicher Gebrauch“ erforderlich ist. Abbildung 1 fasst die Diagnosekriterien von „schädlichem Gebrauch“ nach ICD-10 zusammen.

Abbildung 1

Diagnostische Kriterien für Alkoholmissbrauch nach ICD-10 (modifiziert aus: Schmidt, 1999, S. 71)

ICD-10: Schädlicher Gebrauch (F10.1)

Ein Konsummuster in Bezug auf Alkohol, das zu einer Gesundheitsschädigung führt. Diese kann eine körperliche Störung, etwa eine Lebererkrankung sein oder eine psychische Störung, z.B. eine depressive Episode nach massivem Alkoholkonsum.

Bei einer „Alkoholabhängigkeit“ wird zwischen psychischer und körperlicher Abhängigkeit unterschieden. Eine psychische Abhängigkeit liegt grundsätzlich dann vor, wenn folgende vier Symptome auftreten: a) ein starker, übermäßiger Wunsch, Alkohol zu konsumieren, b) Zentrierung des Denkens und des Interesses auf den Alkoholkonsum, c) verminderte Kontrolle, den Alkoholkonsum zu steuern und d) Fortsetzung des Konsums trotz subjektiv wahrgenommener negativer Konsequenzen (Klein, 2005a).

Eine psychische Abhängigkeit ist vor allem subjektiv erlebbar und ist oft unmerklich entstanden und somit nur schwer objektiv erkennbar (Klein, 2005a). Körperliche Alkoholabhängigkeit hingegen ist objektiv zu benennen. Eine Abhängigkeit ist durch das Auftreten von einer Toleranzsteigerung und von Entzugsserscheinungen (z.B. vegetative und neurologische Entzugssymptome wie Mundtrockenheit, Beschleunigung des Pulses, Anstieg des Blutdrucks und der Körpertemperatur sowie Tremor der kleinen Muskulatur oder Delirium tremens (Davison & Neale, 2002; Schmidt & Schmidt, 2003a)) definiert. Abbildung 2 stellt die Diagnosekriterien von Alkoholabhängigkeit der ICD-10 ausführlich dar.

Abbildung 2

Diagnostische Kriterien für Alkoholabhängigkeit nach ICD-10 (modifiziert aus: Schmidt, 1999, S. 72)

ICD-10: Abhängigkeitssyndrom (F10.2)

Eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzmissbrauch entwickeln. Typischerweise besteht ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren, und anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen. Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom.

Die sichere Diagnose „Alkoholabhängigkeit“ soll nur gestellt werden, wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien vorhanden waren.

- Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren („craving“).
 - Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Alkoholkonsums.
 - Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch substanzspezifische Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
 - Nachweis einer Toleranz: Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen des Alkohols hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich (eindeutige Beispiele hierfür sind die Tagesdosen von Alkoholikern, die Konsumenten ohne Toleranzentwicklung schwer beeinträchtigen oder sogar zum Tode führen würden).
 - Ein eingegengtes Verhaltensmuster im Umgang mit Alkohol wie z.B. die Tendenz, Alkohol an Werktagen wie an Wochenenden zu trinken und die Regeln eines gesellschaftlich üblichen Trinkverhaltens außer Acht zu lassen.
 - Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder anderer Interessen zugunsten des Alkoholkonsums.
 - Anhaltender Alkoholkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen. Die schädlichen Folgen können körperlicher Art sein, wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, oder sozialer Natur wie z.B. Arbeitsplatzverlust durch alkoholbedingte Leistungseinbußen oder psychischer Art, wie bei depressiven Zuständen nach massivem Alkoholkonsum.
-

Zu den Diagnosekriterien der ICD-10 sei angemerkt, dass dieser Klassifikation zufolge „schädlicher Alkoholgebrauch“ und „Alkoholabhängigkeit“ im eigentlichen Sinne zwei voneinander unabhängige Phänomene sind. Allerdings besteht bei vielen Alkoholabhängigen neben der eigentlichen Abhängigkeit streng genommen auch ein „schädlicher Gebrauch“ in dem Sinne, dass durch den Alkoholkonsum negative gesundheitliche oder psychische Konsequenzen aufgetreten sind. Den Konventionen der ICD-10 zufolge spricht man in diesem Fall jedoch nur von einer Alkoholabhängigkeit (Schmidt & Schmidt, 2003a).

Die Kriterien des DSM-IV, welche zur Diagnose in den USA verwendet werden, entsprechen größtenteils den Kriterien des ICD-10. Saß, Wittchen und Zaudig (1998) sind sogar der Meinung, dass die beiden Klassifikationen ICD-10 und DSM-IV im Grunde „unterschiedliche Dialekte der gleichen Sprache“ (S. 10) bilden. Trotzdem bestehen einige

Unterschiede zwischen diesen beiden Klassifikationen, die sich vor allem auf die Diagnosekriterien und die Differenzierungen der Diagnosen beziehen. Für eine bessere, internationale Vergleichbarkeit der zukünftigen Entwürfe der ICD-11 und des DSM-V, welche in den Jahren 2011 vorgelegt (ICD-11) bzw. 2012-2014 implementiert (DSM-V) werden sollen, wäre es daher wünschenswert, wenn die beiden Systeme angeglichen würden (Rounsaville, 2002; Schmidt, 2006). Erste konkrete Vorschläge hierfür bestehen bereits, insbesondere für das Diagnosekriterium Toleranzentwicklung.

1.2 Prävalenzen zur Alkoholproblematik in Deutschland

Alkoholkonsum ist in Deutschland weit verbreitet. Im internationalen und europäischen Vergleich nimmt Deutschland seit vielen Jahren eine Spitzenposition in Bezug auf den Pro-Kopf-Konsum ein (Produktschap voor Gedestilleerde Dranken, 2001; World Health Organization, 2008). Es erscheint daher wenig überraschend, dass Alkoholabhängigkeit eine der häufigsten vorkommenden chronischen Erkrankungen in der Bundesrepublik darstellt (Klein, 2005a).

Aktuelle Ergebnisse des repräsentativen Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) 2006 zeigen auf, dass derzeit in der Bundesrepublik Deutschland insgesamt 7,9% der Bevölkerung zwischen 18 und 64 Jahren einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen (Pabst & Kraus, 2008). 2,4% der befragten Männer und Frauen zeigen ein gefährliches Konsumverhalten und 0,4% sind als Hochkonsumenten zu bezeichnen. Darüber hinaus belegt das ESA, dass 2,4% der deutschen Bevölkerung (ca. 1,6 Mio. Menschen) als alkoholabhängig zu bezeichnen sind (nach DSM-IV). 3,8% der Bevölkerung (ca. 2,7 Mio. Menschen) betreiben Alkoholmissbrauch (nach DSM-IV). Beide Befunde sind bei Männern deutlich weiter verbreitet als bei Frauen.

1.3 Folgeschäden von Alkoholabhängigkeit

Es wurde mehrfach nachgewiesen, dass starker Alkoholkonsum neben zahllosen Folgeschäden auf medizinischer Ebene (z.B. gastrointestinale Krankheiten, kardiovaskuläre Krankheiten, respiratorische Störungen, Stoffwechselstörungen oder Krebs) (Babor et al., 2005; Bühringer et al., 2000) auch unterschiedliche negative Konsequenzen auf der individuellen psychologischen Ebene zur Folge hat. Alkoholabhängige Personen sind neben

ihrer Suchterkrankung häufig von psychischen oder psychiatrischen Problemen wie Angststörungen, affektiven Störungen, Persönlichkeitsstörungen oder suizidalen Tendenzen betroffen. Diese Störungen können unmittelbar durch den Konsum von Alkohol verursacht werden oder eine Reaktion auf suchtbedingte psychosoziale Veränderungen darstellen (Lindenmeyer, 2005).

Jedoch können nicht nur für das betroffene Individuum problematische Konsequenzen seiner Alkoholabhängigkeit auftreten. Häufig entstehen kritische Auswirkungen des Alkoholgebrauchs auch auf der sozialen Ebene, z.B. am Arbeitsplatz oder in der Öffentlichkeit. Typische Kategorien alkoholbedingter sozialer Probleme sind Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, Verlust der Arbeit, Probleme im Erziehungs- oder Schulbereich, finanzielle Probleme, öffentliche Ruhestörung sowie zwischenmenschliche Probleme mit Freunden und Kollegen (Bühringer et al., 2000).

2. Alkoholabhängigkeit und Familie

Eine Alkoholabhängigkeit stellt zumeist nicht nur für das Individuum und sein weiteres Umfeld eine schwere Belastung dar, sondern auch das enge soziale Umfeld des Alkoholabhängigen ist von seiner Erkrankung deutlich mitbetroffen. Durch ihre Abhängigkeitserkrankung bzw. ihren intoxikierten Zustand können Alkoholabhängige ihre Angehörigen sowie andere Personen gefährden oder schädigen. Aktuelle Schätzungen zufolge sind zwischen drei und fünf Millionen Menschen in der Bundesrepublik Deutschland als Angehörige von Alkoholabhängigen mitbetroffen (Schmidt & Schmidt, 2003b). Dies bezieht sich in erster Linie auf den Partner oder die Partnerin sowie die Kinder des Alkoholabhängigen (Bühringer et al., 2000).

2.1 Kinder aus alkoholbelasteten Familien

Besonders schwerwiegende Konsequenzen hat der problematische Alkoholkonsum eines Elternteils auf die Entwicklung seines Kindes. Eine prospektive Längsschnittstudie an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe Jugendlicher und junger Erwachsener zwischen 14 und 24 Jahren zeigte in Bezug auf Lebenszeitprävalenzen, dass in Deutschland ca. jeder siebte Jugendliche mit einem Elternteil zusammenlebt, der eine alkoholbezogene Störung aufweist (Lachner & Wittchen, 1997). Aus diesen Zahlen lässt sich ableiten, dass in der Bundesrepublik Deutschland insgesamt ca. 2,65 Millionen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren im Laufe ihres Lebens mit einem Elternteil mit der Diagnose Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit zusammengelebt haben (Klein, Kürschner & Ferrari, 2003). Aktuelle Schätzungen des European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2008) zufolge sind in der Bundesrepublik Deutschland sogar 5-6 Millionen Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren von einer elterlichen Alkoholabhängigkeit betroffen. Dies würde bedeuten, dass 15,4% der deutschen Kinder und Jugendlichen mindestens einen Elternteil mit Alkoholproblemen haben.

Eine allgemeingültige Definition für „Kinder aus alkoholbelasteten Familien“ gibt es nicht. Dennoch gibt es Ansätze, um diese Gruppe von betroffenen Kindern identifizieren zu können. Eigen und Rowden (1995) inkludieren in diese Gruppe Kinder,

1. deren biologische Eltern (Mutter und/oder Vater) Alkoholiker sind oder gewesen sind,
2. die aktuell mit einem alkoholkranken Elternteil/Stiefelternteil leben oder

3. die jemals mit einem alkoholkranken Elternteil/Stiefelternteil gelebt haben.

Kinder aus alkoholbelasteten Familien wurden in der Forschung zum Thema Alkoholabhängigkeit lange vernachlässigt. Erst im Jahre 1969 erschien von Cork die Arbeit mit dem Titel „The forgotten children“, welche sich erstmalig mit auffälligen Symptomen von Kindern aus Suchtfamilien befasste. Später beschäftigten sich auch amerikanische Klinikerinnen wie Black (1988), Wegscheider (1988), Woititz (1990) oder die deutsche Pädagogin Lambrou (1990) mit den Lebenswelten, die Kinder von Alkoholabhängigen im Zusammenleben mit ihren Eltern erfahren. Durch ihre Werke wurde das Thema „Kinder aus alkoholbelasteten Familien“ erstmals der Öffentlichkeit zugänglich gemacht (Zobel, 2000). In diesen frühen Werken wird deutlich, dass der Alkohol in den betroffenen Familien eine zentrale Rolle einnimmt (Sher, 1991) und somit das tägliche Leben aller anderen Familienmitglieder grundlegend verändern kann (Lambrou, 1990).

In aktuellen internationalen Untersuchungen zum Thema Kindeswohl und Entwicklungspathologie gilt eine elterliche Alkoholabhängigkeit mittlerweile als einer der gefährlichsten Risikofaktoren für eine gesunde körperliche und psychische Entwicklung des Kindes (Klein, 2008). Dementsprechend ist die Rate von Kindern mit Entwicklungsstörungen bei Kindern von Alkoholabhängigen deutlich erhöht (Lindenmeyer, 2005).

2.2 Familiäres Transmissionsrisiko von Alkoholabhängigkeit

Die Transmission, also die Weitergabe oder „Vererbung“ von Alkoholproblemen innerhalb der Familie ist eines der am häufigsten untersuchten Phänomene in der Forschung zum Thema Kinder aus suchtblasteten Familien. Zahlreiche nationale und internationale Studien konnten mehrfach nachweisen, dass bei Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien eine erhöhte Wahrscheinlichkeit vorliegt, dass sie a) früher mit dem Alkoholkonsum beginnen als nicht-betroffene Gleichaltrige (Alford, Jouriles & Jackson, 1991; Rothman, Edwards, Heeren & Hingson, 2008; Wong et al., 2006), b) früher erste Betrunkenheitserfahrungen erleben (McKenna & Pickens, 1981; Wong et al., 2006), c) mehr „binge drinking“ (Konsum von fünf oder mehr alkoholischen Getränken bei einer Trinkgelegenheit (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2007) betreiben (Weitzmann & Wechsler, 2000) und d) einen schnelleren Übergang vom ersten Konsum alkoholischer Getränke bis zu alkoholbezogenen Problemen vollziehen als Kinder aus diesbezüglich unbelasteten Familien (Hussong, Bauer & Chassin, 2008).

Ein frühes Review über 39 Studien zeigte außerdem, dass Verwandte von Alkoholabhängigen eine höhere Rate von eigenen alkoholbezogenen Abhängigkeitserkrankungen aufweisen als Verwandte von Nicht-Alkoholikern (Cotton, 1979). In einer Vielzahl von Studien aus dem angloamerikanischen und deutschen Raum konnte weiterhin bestätigt werden, dass Kinder aus alkoholbelasteten Familien überzufällig häufig selbst eine substanzbezogene Störung entwickeln: ca. 33% bis 40% von Kindern aus alkoholbelasteten Familien weisen im Verlauf ihrer Entwicklung Symptome einer Suchterkrankung auf (Klein et al., 2003; Klein, 2005a; Sher, 1991; Windle & Searles, 1990; Zobel, 2000). In Bezug auf alkoholbezogene Störungen ist insgesamt davon auszugehen, dass Kinder von Alkoholikern ein bis zu sechsfach erhöhtes Risiko aufweisen, selbst einmal alkoholbezogene Probleme in Form von Missbrauch oder Abhängigkeit zu entwickeln (Grant, 2000; Klein & Zobel, 1999). Jüngste Untersuchungsergebnisse bestätigen das hohe Transmissionsrisiko für Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Barnow, Lucht, Fischer und Freyberger (2001) weisen in ihrer Studie „Kinder alkoholkranker Eltern“ im Rahmen des Projektes „Study of Health in Pomerania (SHIP)“ nach, dass junge Leute mit alkoholkranken Eltern im Vergleich zu nicht-betroffenen jungen Menschen etwa dreimal so häufig ein problematisches Trinkverhalten aufzeigen (23% vs. 7%).

Erste Studien zur Transmission alkoholbezogener Störungen innerhalb der Familie ergaben, dass insbesondere Söhne aus alkoholbelasteten Familien eine deutlich erhöhte Vulnerabilität für die Entwicklung einer eigenen Alkoholabhängigkeit aufweisen (Klein et al., 2003). Eine bedeutsame bevölkerungsrepräsentative Langzeitstudie, welche sich mit der Epidemiologie von Alkoholstörungen bei Kindern aus alkoholbelasteten Familien in Deutschland befasste, bestätigt, dass betroffene Kinder bereits im Alter zwischen 14 und 24 Jahren insgesamt signifikant erhöhte Risiken für Alkoholstörungen aufweisen (Lachner & Wittchen, 1997). Hierbei wird deutlich, dass bei einer väterlichen Alkoholdiagnose Söhne ein zweifach und Töchter ein 8,7-fach erhöhtes Risiko aufzeigen, selbst eine Alkoholabhängigkeit zu entwickeln. Im Fall einer mütterlichen Alkoholdiagnose weisen Söhne ein 3,3-faches und Töchter ein 16-faches Risiko auf. Haben beide Elternteile eine Alkoholstörung, erhöht sich das Risiko einer eigenen alkoholbezogenen Störung bei Söhnen um das 18,8-fache und bei Töchtern um das 28-fache. Die deutsche „Early Developmental Stages of Psychopathology (EDSP)“-Studie, eine repräsentative, prospektive Längsschnittuntersuchung, verfolgte ebenso eine differenzierte Sicht auf mütterliche und väterliche Alkoholprobleme und das damit verbundene Transmissionsrisiko für ihre Kinder (Lieb, Merikangas, Höfler, Pfister, Isensee & Wittchen, 2002). Die Ergebnisse belegen, dass Kinder von Müttern mit Alkoholproblemen

dazu neigten, im Laufe der Zeit von einem gelegentlichen zu einem regelmäßigen Alkoholkonsum überzugehen. Wenn der Vater an einer alkoholbezogenen Störung leidet, tendieren betroffene Kinder dazu, im Laufe der Zeit von einem regelmäßigen in ein riskantes Trinkverhalten abzugleiten. Kinder von betroffenen Vätern weisen insgesamt signifikant höhere Raten von Alkoholmissbrauch (23,1% vs. 19%) und -abhängigkeit (14,3% vs. 7,7%) auf als Kinder von nicht-betroffenen Vätern. Für Kinder von alkoholabhängigen Müttern wurde kein solcher Effekt gefunden. Lieb et al. (2002) zeigen, dass die Inzidenzrate für eine Alkoholabhängigkeit bei Kindern aus alkoholbelasteten Familien bereits ab einem Alter von ungefähr 13 Jahren zu steigen beginnt und den steilsten Anstieg im Alter von 14 Jahren erreicht. Ab einem Alter von 17 Jahren bleiben die Raten stabil hoch. Somit ist nicht nur das Geschlecht des Kindes eine beachtenswerte Variable, sondern auch das Geschlecht des alkoholabhängigen Elternteils.

Wiers (1994) leitet auf Basis früherer Untersuchungen zwei Wege ab, die zu einer Transmission von elterlichen Konsummustern und Alkoholproblemen auf ihre Kinder führen. Die familiäre Häufung von Alkoholproblemen in der Verwandtschaft lässt zum Einen vermuten, dass die Transmission von Alkoholproblemen durch genetische Faktoren verursacht wird. Diese Annahme konnte durch mehrere Zwillings- und Adoptionsstudien, zumindest für Männer, belegt werden (Klein et al., 2003). Kinder von Alkoholikern scheinen beispielsweise einen leicht dysfunktionalen prefrontalen Kortex vererbt zu bekommen (Wiers, 1994). Die damit zusammenhängende verminderte Inhibierung von sozial unerwünschtem Verhalten (Kalat, 1998; Miller, 1985) kann zu übersteigerten Alkoholwirkungserwartungen und zu einer Vulnerabilität für Suchtstörungen im Allgemeinen führen, was die Wahrscheinlichkeit für einen Alkoholmissbrauch deutlich erhöht. Als weitere Belege für den Einfluss von genetischen Faktoren gelten Studien über Söhne von Alkoholikern, die aufzeigen, dass Jungen und junge Männer aus alkoholbelasteten Familien aufgrund genetischer Besonderheiten sowohl subjektiv (d.h. in ihrem eigenen Empfinden) als auch objektiv (d.h. mit physiologischen Parametern) oft anders auf Alkohol reagieren als nicht-betroffene Jungen und junge Männer (Klein, 2005a). Schuckit (1991) zeigt beispielsweise in seiner Längsschnittstudie, dass betroffene Söhne im Alter von 18 bis 25 Jahren eine subjektiv weniger stark empfundene Alkoholwirkung berichten und weniger Körperschwankung nach dem Konsum alkoholischer Getränke aufzeigen als die unbelastete Kontrollgruppe. Junge Männer aus alkoholbelasteten Familien nahmen die Wirkung von Alkohol außerdem erst bei einer höheren Konzentration wahr und verspürten die später einsetzenden unangenehmen Effekte („Kater“) in geringerem Maße als Vergleichspersonen. Eine verminderte Sensitivität

auf Alkohol wird generell mit einer drei- bis vierfach höheren Wahrscheinlichkeit assoziiert, eine alkoholbezogene Störung zu entwickeln (Schuckit, 1994a; Schuckit & Smith, 2001a; 2001b)

Die Vorstellung einer vollkommen genetisch determinierten Transmission von Alkoholabhängigkeit ist allerdings im Hinblick darauf, dass nur ein Teil der Nachkommen selbst alkoholbezogene Probleme entwickelt, nicht haltbar (Klein et al., 2003). Eine Metaanalyse von Familienstudien von Schuckit (1994b) bestätigt, dass die Transmission von Alkoholproblemen nicht überwiegend genetisch bedingt sein kann. Bei etwa 50% der weiblichen und 30% der männlichen Alkoholiker bestand keine familiäre Belastung unter Angehörigen ersten und zweiten Grades. Alle Ergebnisse der genetischen Studien räumen zudem ein, dass auch ein möglicher Einfluss von Umwelt- und Persönlichkeitsfaktoren, entweder als unabhängige Faktoren oder im Zusammenspiel mit genetischen Variablen, nicht außer Acht gelassen werden darf (Sher, 1991).

Dies bekräftigt den zweiten Weg zur Alkoholabhängigkeit bei Kindern aus alkoholbelasteten Familien nach Wiers (1994), welcher sich mit bestimmten Persönlichkeits- und Umweltfaktoren befasst, die in der Entstehung von Alkoholproblemen bei betroffenen Kindern im Jugend- und Erwachsenenalter eine bedeutsame Rolle spielen. Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien erleben mehr widrige Kindheitsereignisse (wie z.B. innerfamiliäre Konflikte, häusliche Gewalt oder Vernachlässigung) und sind oftmals stressvolleren Milieubedingungen (z.B. niedrigerer sozioökonomischer Status oder Komorbidität des Elternteils) ausgesetzt, was verschiedenen Studien zufolge die Entwicklung einer eigenen Suchterkrankung begünstigen kann (Barnow, Schuckit, Lucht, John & Freyberger, 2002; Zobel, 2000; Zucker, Ellis & Fitzgerald, 1994). Sher (1991) hat darüber hinaus frühzeitig Transmissionsmodelle postuliert, die zwar den wichtigen Einfluss von Umgebungsfaktoren bestätigen, jedoch auch verstärkt eigene Persönlichkeitsmerkmale des betroffenen Kindes einbeziehen. Ihm sowie Windle (1992, 1997) zufolge sind Persönlichkeitscharakteristika des betroffenen Kindes (z.B. Temperament oder Intelligenz) wichtige Mediatorvariablen, die bei der Entwicklung von eigenen alkoholbedingten Störungen eine wesentliche Rolle spielen.

Weitere Studien belegen, dass am Anfang der Entstehung von eigenen Alkoholproblemen auch ein Modelllernen das Trinkverhalten des betroffenen Kindes im Jugend- und jungen Erwachsenenalter maßgeblich beeinflussen kann (Chassin, Pitts, DeLucia & Todd, 1999; Ellis, Zucker & Fitzgerald, 1997). Dies bezieht sich nicht nur auf die Übernahme von

Substanzgebrauchsmustern der Peergruppe; auch der Alkoholkonsum der Eltern besitzt eine starke Vorhersagekraft für das Trinkverhalten ihrer Kinder (Otten, van der Zwaluw, van der Vorst & Engels, 2008). Zobel (2000) geht aufgrund von Ergebnissen aus früheren Studien davon aus, dass der spätere Alkoholkonsum des Kindes in der Tat auf einen einfachen Nachahmungseffekt zurückzuführen ist und dass Jugendliche die Trinkmuster ihrer Eltern im Wesentlichen übernehmen. Alkohol wird oftmals als vermeidende Bewältigungsstrategie bei Problemen oder als Selbstmedikation bei Schmerzen von den Eltern eingesetzt und somit vorgelebt. Dieses Verhalten wird dann im späteren Entwicklungsverlauf von den Kindern unkritisch übernommen, da sie keinerlei alternative Strategien zur Verarbeitung von Schwierigkeiten erlernt haben. In diesem Zusammenhang wird weiterhin vermutet, dass Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien auch häufiger positive Alkoholwirkungserwartungen aufweisen als Kinder und Jugendliche aus unbelasteten Familien (Barnow, Stopsack, Spitzer & Freyberger, 2007; Brown, Tate, Vik, Haas & Aarons, 1999). Alkoholwirkungserwartungen sind die Überzeugungen, die Menschen in Bezug auf die verhaltensbezogenen, kognitiven und emotionalen Effekte des Alkoholkonsums aufweisen und die unabhängig davon auftreten, ob schon einmal Alkohol konsumiert wurde oder nicht (Brown et al., 1999). Alkoholwirkungserwartungen besitzen eine starke Vorhersagekraft für den Alkoholkonsum von Personen (Stacy, Newcomb & Bentler, 1991). Ergebnisse verschiedener Untersuchungen zeigen auf, dass positive Wirkungserwartungen die Variabilität des Alkoholkonsums nicht nur bis zu 50% vorhersagen können (Goldman, Del Boca & Darkes, 1999; Leigh & Stacy, 1993; Wiers, Hoogveen, Sergeant & Gunning, 1997), sondern auch als wesentliche kognitive Mediatorvariablen in der Ätiologie alkoholbezogener Störungen anzusehen sind (Barnow, Stopsack et al., 2007; Schuckit & Smith, 2001b). Obwohl Eltern mit Alkoholproblemen ihren Kindern oftmals auch die positive Seite des Alkoholtrinkens präsentieren, sollte an dieser Stelle jedoch erwähnt werden, dass bei betroffenen Kindern auch ein umgekehrter Effekt eintreten kann: einige Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien reduzieren oder vermeiden bewusst den Konsum von Alkohol, um den negativen Konsequenzen, denen sie bei ihren abhängigen Eltern direkt exponiert waren, bewusst aus dem Weg zu gehen (Trim & Chassin, 2004).

2.3 Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien

Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien gelten nicht nur als die größte Risikogruppe für die Entwicklung einer eigenen alkoholbezogenen Störung, sondern es konnte auch mehrfach belegt werden, dass betroffene Kinder und Jugendliche häufig auch andere Störungen mit klinischer Relevanz entwickeln (Klein, 2008). Zahlreiche Familienstudien bei Alkoholabhängigen zeigen in vielfältiger Weise Beziehungen zwischen der alkoholbezogenen Störung und den psychischen Auffälligkeiten der betroffenen Kinder (Klein et al., 2003).

2.3.1 Externalisierende Auffälligkeiten

Aus unterschiedlichen Reviews wird deutlich, dass bei Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien verhältnismäßig häufig externalisierende Störungen diagnostiziert werden (Harter, 2000; Johnson & Leff, 1999; Klein et al., 2003; Klein, 2005a; Lachner & Wittchen, 1997; Sher, 1991). Edwards, Eiden und Leonard (2006) zeigen, dass bereits Kleinkinder im Alter zwischen 18 und 36 Monaten mit alkoholabhängigen Vätern mehr externalisierende Symptome aufweisen als Kinder ohne alkoholabhängigen Vater. Eine Interviewstudie von Marmorstein, Iacono und McCue (2008) mit 626 Familien (bestehend aus Zwillingspaaren und deren Eltern) aus der Allgemeinbevölkerung konnte ebenso aufweisen, dass durch eine elterliche Suchtbelastung das Risiko für betroffene Jugendliche, eine externalisierende Störungen zu entwickeln, im Vergleich zu nicht-betroffenen Jugendlichen um ein Dreifaches erhöht ist. Eine prospektive Langzeitstudie aus den USA von Hill, Shen, Lowers, Locke-Wellman, Matthews und McDermott (2008) mit Kindern im Alter von 8 bis 11 Jahren belegt, dass insbesondere Kinder von alkoholabhängigen Müttern ein besonders hohes Risiko aufweisen, eine externalisierende Störung zu entwickeln. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass externalisierende Verhaltensauffälligkeiten als stabile Prädiktoren für spätere alkohol- oder andere substanzbezogene Störungen gelten und somit eine wichtige Rolle für die weitere Entwicklung der betroffenen Kinder spielen (Chassin et al., 1999; Clark, Parker & Lynch, 1999; Marshal, Molina, Pelham & Cheong, 2007; King & Chassin, 2008).

2.3.1.1 Hyperkinetische Störungen

Eine Reihe von Studien zeigt auf, dass Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien geringere Aufmerksamkeitsspannen und eine erhöhte Hyperaktivität aufzeigen (Klein et al., 2003; Klein, 2005a; Zobel, 2000). Im Rahmen der SHIP-Studie von Barnow et al. (2001) mit Jugendlichen aus Familien mit mindestens einem alkoholkranken Elternteil sowie mit Jugendlichen aus Normalfamilien aus Mecklenburg-Vorpommern wurde repliziert, dass Jugendliche von abhängigen Eltern mehr Symptome einer Aufmerksamkeitsstörung berichten als Jungen und Mädchen aus diesbezüglich unbelasteten Familien. Eine amerikanische Längsschnittstudie mit Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien im Alter von 7 bis 18 Jahren von Barnow, Schuckit, Smith, Preuss und Danko (2002) zeigt darüber hinaus, dass insbesondere Kinder und Jugendliche mit drei oder mehr engen Verwandten mit Alkoholproblemen höhere Werte in Bezug auf Aufmerksamkeitsprobleme aufzeigen als betroffene Kinder mit nur ein oder zwei Verwandten bzw. keinem Verwandten mit Alkoholproblemen. Spanische Ergebnisse zu betroffenen und nicht-betroffenen Kindern im Alter von 6 bis 17 Jahren von Diaz et al. (2008) konnten bisherige Forschungsbefunde weiter spezifizieren: Kinder und Jugendliche mit alkoholabhängigen Familienangehörigen weisen im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen aus unbelasteten Familien ein dreifach erhöhtes Risiko für die Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) auf.

Obwohl ältere und aktuelle Untersuchungen ein erhöhtes Vorkommen von hyperkinetischen Störungen bei betroffenen Kindern aufzeigen, bestätigen sich diese Befunde nicht in allen Studien. Eine Studie mit betroffenen Kindern im Durchschnittsalter von 11 Jahren von Schuckit, Smith, Radminski und Heynemann (2000) zeigt beispielsweise, dass eine elterliche Alkoholbelastung nicht in direkter Verbindung zu einem höheren Risiko für ADHS steht, sondern dass ein Zusammenhang über weitere Variablen wie ein niedriger sozioökonomischer Status oder elterliche Antisozialität verläuft. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen auch Barnow, Lucht, Hamm, John und Freyberger (2004). Ihre Ergebnisse zeigen, dass familiäre Alkoholprobleme bei Jugendlichen mit einem Durchschnittsalter von 14 Jahren nicht per se mit einem erhöhten Risiko für Aufmerksamkeitsprobleme einhergehen. Der einzige Risikofaktor für Aufmerksamkeitsprobleme ist laut ihren Untersuchungen die Erfahrung von elterlicher Zurückweisung. Ein Zusammenhang von elterlichen Alkoholproblemen und aufmerksamkeitsbezogenen Störungen scheint diesen Untersuchungen gemäß höchstens indirekt gegeben, da eine elterliche Alkoholproblematik zu bestimmten

Veränderungen des elterlichen Verhaltens führen kann, die wiederum eine Aufmerksamkeitsstörung des Kindes begünstigen können.

2.3.1.2 Störungen des Sozialverhaltens

Eine erhöhte Rate an impulsivem, aggressivem und delinquentem Verhalten bei Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien konnte in früheren Studien bereits belegt werden (Klein et al., 2003; Klein, 2005a; Zobel, 2000). Daten aus der Bundesrepublik Deutschland, z.B. die aus der SHIP-Studie von Barnow et al. (2001) weisen auf, dass Jugendliche alkoholabhängiger Eltern sich selbst als delinquenter einschätzen als nicht-betroffene Jugendliche aus der Kontrollgruppe. Barnow, Schuckit, Smith et al. (2002) belegen zusätzlich, dass diesbezüglich insbesondere Kinder und Jugendliche mit drei oder mehr alkoholabhängigen Verwandten betroffen sind. Furtado, Laucht und Schmidt (2002) zeigen im Rahmen der Mannheimer Risikokinderstudie, dass sich die Gruppe der Kinder aus alkoholbelasteten Familien vor allem durch signifikant erhöhte Symptome expansiver Störungen wie z.B. oppositionelles Verhalten, Wutanfälle, Aggressivität, destruktives Verhalten, Distanzlosigkeit, Disziplinproblem in der Schule und Delinquenz von einer unbelasteten Kontrollgruppe unterscheidet. Repräsentative, amerikanische Daten von Obot und Anthony (2004) aus dem epidemiologischen „National Household Survey on Drug Abuse (NHSDA)“ mit 1.729 Eltern-Kind Konstellationen belegen, dass Jugendliche mit akut alkoholabhängigen Eltern in Interviews von einem erhöhten Aufkommen an aggressiven und delinquenten Verhalten sowie sozialen Problemen berichten.

Schuckit et al. (2000) hingegen fanden in einer Studie mit 162 Kindern aus alkoholbelasteten und nicht-betroffenen Familien heraus, dass zwischen einer elterlichen Alkoholbelastung und Störungen des Sozialverhaltens bzw. oppositionellem Verhalten des Kindes kein direkter Zusammenhang besteht. Ebenso sind einer amerikanischen Studie von Schuckit, Smith, Barnow, Preuss, Luczak & Radzimirski (2003) zufolge Töchter und Söhne von alkoholkranken Eltern nicht häufiger von ausagierenden Symptomen betroffen als Kinder aus Normalfamilien. Betroffene Kinder sind jedoch eher von externalisierenden Symptomen betroffen, wenn die Großeltern ein Alkoholproblem haben oder hatten. Ergebnisse aus der San Diego-Studie von Schuckit, Smith, Pierson, Trim & Danko (2008) zeigen ebenfalls keine erhöhten Raten von Störungen des Sozialverhaltens bei Kindern aus alkoholbelasteten Familien. Die Ergebnisse der Greifswalder Familienstudie weisen darauf hin, dass kein

direkter Zusammenhang zwischen elterlichen Alkoholproblemen und Störungen des Sozialverhalten besteht (Barnow et al., 2004). Jedoch stehen Variablen wie elterliche Zurückweisung (Barnow et al., 2004) oder eine väterliche antisoziale Persönlichkeitsstörung (Barnow, Schuckit, Smith, Spitzer & Freyberger, 2007; Barnow, Ulrich, Grabe, Freyberger & Spitzer, 2007) in direktem Zusammenhang mit einem erhöhten Aufkommen von Aggressivität oder Delinquenz bei den untersuchten Kindern. Somit scheint auch in Bezug auf Störungen des Sozialverhaltens nicht unbedingt ein linearer Zusammenhang mit einer elterlichen Alkoholproblematik zu bestehen, sondern der Zusammenhang verläuft über moderierende oder mediierende Variablen.

2.3.1.3 Weitere externalisierende Auffälligkeiten

Neben einer Vielzahl von Studien zu Aufmerksamkeitsstörungen und Störungen des Sozialverhaltens bei Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien, konzentrierte sich ein weiterer Teil der Forschung auf andere externalisierende Auffälligkeiten wie suizidale Tendenzen oder problematisches Verhalten im schulischen Kontext.

In einer Zwillingsstudie mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen von Glowinski, Theodore, Buchholz, Scherrer, True und Heath (2004) konnte belegt werden, dass eine väterliche Alkoholbelastung in Zusammenhang mit *suizidalen Tendenzen* bei den betroffenen Kindern steht. Die Studie von Klein et al. (2003) mit insgesamt 251 Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien mit sowohl behandelten und unbehandelten Eltern sowie Kindern und Jugendlichen aus Normalfamilien bekräftigt, dass vor allem jene Kinder und Jugendliche, die der elterlichen Alkoholproblematik länger als vier Jahre exponiert waren, häufiger Selbstmordgedanken hegen oder gar wünschen tot zu sein, als Kinder und Jugendliche mit geringem oder keinem Expositionszeitraum.

Andere Forschungsstudien zu Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien konzentrieren sich auf die Bereiche *Schulverhalten und Schulleistung*. Klein et al. (2003) berichten differenzierte Ergebnisse hinsichtlich eines Zusammenhangs zwischen elterlichen Alkoholproblemen und schlechten Schulleistungen. In einigen Studien zeigte sich tatsächlich eine beeinträchtigte Leistung bei betroffenen Kindern, in anderen Untersuchungen konnten keine Abweichungen der Leistungen oder des Betrages beobachtet werden. Neueren Berichten zufolge schwänzen Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien jedoch häufiger die Schule als Kinder und Jugendliche aus unbelasteten Familien, bleiben öfter sitzen

oder werden häufiger an Schulpsychologen verwiesen (NACOA Deutschland, 2006). Die Studie von Diaz et al. (2008) bestätigt, dass Nachkommen von alkoholabhängigen Eltern ein neunfach erhöhtes Risiko für schlechtere Schulleistungen aufweisen als Kinder und Jugendliche aus Normalfamilien; selbst wenn Faktoren wie Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status und familiärer Zusammenhalt in der Analyse berücksichtigt werden. Darüber hinaus mussten betroffene Kinder und Jugendliche doppelt so häufig eine Klasse wiederholen wie nicht-betroffene Kinder und Jugendliche und brachen auch doppelt so häufig die Schule ab. Diese Befunde ähneln denen aus weiteren Studien (Casas-Gil & Navarro-Guzman, 2002; McGrath, Watson & Chassin, 1999; Poon, Ellis, Fitzgerald & Zucker, 2000). Eine mögliche Erklärung für diese Ergebnisse wäre, dass Kinder aus alkoholbelasteten Familien oftmals kognitiv beeinträchtigt sind als Kinder aus unbelasteten Familien (Poon et al., 2000; Tarter, Laird & Moss, 1992; Sher, 1991). Eine alternative Erklärung wäre, dass betroffene Kinder häufig Schwierigkeiten haben, sich auf ihre Mitschüler und Lehrer einzulassen (NACOA Deutschland, 2006). Oftmals spielt auch die Angst, die eigenen Fähigkeiten zu zeigen oder die Angst vor Versagen eine große Rolle. Zuletzt ist auch der Bildungshintergrund der Familie entscheidend. Kinder aus alkoholbelasteten Familien wachsen häufiger in bildungsfernen Familien auf als nicht-betroffene Kinder (Ellis et al., 1997). Daher werden sie in der Regel von ihren Eltern weniger gefördert, was später zu schlechteren Schulleistungen führen kann.

2.3.2 Internalisierende Auffälligkeiten

Die bisherige Forschungslage zeigt, dass Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien erhöhte Raten von Depressionen und Angststörungen aufweisen (Harter, 2000; Johnson & Leff, 1999; Lachner & Wittchen, 1997; Klein et al., 2003; Klein, 2005a; Sher, 1991). Auch aktuelle Studien entdecken ebenso Zusammenhänge zwischen familiärer Alkoholbelastung und Symptome internalisierender Störungen bei betroffenen Kindern. Edwards et al. (2006) zeigen beispielsweise, dass bereits Kleinkinder eher von internalisierenden Auffälligkeiten betroffen sind als Kinder aus unbelasteten Familien. Dieser Befund manifestiert sich bei den Kindern im Jugendalter. DeLucia, Belz und Chassin (2001) sowie Barnow, Lucht und Freyberger (2002) belegen erneut, dass Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien mehr internalisierende Auffälligkeiten als die unbelastete Kontrollgruppe aufzeigen. Auch Obot und Anthony (2004) zufolge zeigen betroffene Kinder vermehrt Symptome von Angststörungen und Depressionen, wenngleich dieser Effekt nicht

vergleichbar stark auftritt wie bei den externalisierenden Symptomen. Aktuell replizierten Hussong, Cai, Curran, Flora, Chassin und Zucker (2008) in zwei Langzeitstudien, dass sich sowohl durch eine väterliche als auch durch eine mütterliche alkoholbezogene Diagnose internalisierende Symptome bei ihren Kindern vorhersagen lassen, selbst dann, wenn der Einfluss elterlicher Depressionen oder antisozialer Persönlichkeitsstörungen ausgeschlossen werden konnte (Hussong, Flora, Curran, Chassin & Zucker, 2008). Es wird vermutet, dass internalisierende Symptome den Weg zu einer später entwickelten substanzbezogenen Störung bereiten können. Substanzen werden in diesem Zusammenhang als Selbstmedikation gebraucht, um Angst- oder Depressionszustände zu lindern oder zu beseitigen (Lieberman, 2000).

2.3.2.1 Depressionen

Eine Vielzahl an Forschungsstudien konnte einen Zusammenhang von depressiven Störungen und einer familiären Alkoholproblematik aufzeigen (vgl. Klein et al., 2003; Klein, 2005a; Zobel, 2000).

Die Untersuchung von Cuijpers, Langendoen und van Bijl (1999) konnte des Weiteren anhand einer repräsentativen niederländischen Bevölkerungsstichprobe belegen, dass a) erwachsene Kinder aus alkoholbelasteten Familien eine höhere Lebenszeit-, Jahres- und Monatsprävalenz an affektiven Störungen aufweisen, insbesondere wenn sie mit einem alkoholabhängigen Vater aufgewachsen sind, b) das erste Auftreten von entsprechenden Symptomen zu einem früheren Zeitpunkt zu beobachten ist als bei der unbelasteten Kontrollgruppe und c) eine elterliche Alkoholproblematik generell als gewichtiger Prädiktor für psychiatrische Störungen bei den direkten Nachkommen zu betrachten ist. Die amerikanische Studie von Hill et al. (2008) konnte darüber hinaus aufzeigen, dass eine elterliche Alkoholabhängigkeit das Risiko für betroffene Kinder und Jugendliche, eine majore Depression zu entwickeln, deutlich erhöht. Eine dänische Untersuchung spezifizierte, dass Kinder aus alkoholbelasteten Familien im Vergleich zu unbelasteten Kindern ein zweifach erhöhtes Risiko für depressive Störungen haben (Christensen & Bilenberg, 2000). Des Weiteren zeigen die dänischen Daten, dass Töchter von alkoholabhängigen Müttern mehr depressive Symptome aufweisen als Söhne von suchtkranken Müttern. Umgekehrt zeigen Söhne mit alkoholabhängigen Vätern eine höhere Depressivität als Töchter von Vätern mit Alkoholproblemen. McCauley Ohannessian et al. (2004) beleuchteten ebenfalls den

Zusammenhang zwischen elterlichem Substanzmissbrauch und psychologischen Problemen bei deren Kindern unter Berücksichtigung des Geschlechts der Eltern und der Kinder. Im Gegensatz zu Christensen und Bilenberg (2000) fanden sie heraus, dass ein mütterlicher Alkoholmissbrauch die Entwicklung einer schweren depressiven Störung sowohl bei adoleszenten Töchtern als auch bei Söhnen stärker beeinflusst als eine väterliche alkoholbezogene Störung. Eine schriftliche Befragung von Klein und Quinten (2002) mit jungen Erwachsenen, deren alkoholabhängiger Elternteil vor durchschnittlich acht Jahren eine stationäre Entwöhnung absolviert hatte, ergab wiederum, dass erwachsene Kinder mit einem suchtkranken Vater eher von Depressionen betroffen sind als junge Erwachsene mit einer suchtkranken Mutter. Sowohl erwachsene Kinder von abhängigen Müttern als auch erwachsene Kinder von erkrankten Vätern sind jedoch insgesamt weniger von affektiven Störungen betroffen als erwachsene Kinder mit zwei suchtkranken Elternteilen oder erwachsene Kinder von Eltern, die nicht dauerhaft abstinent blieben. Obwohl alle drei Studien konträre Ergebnisse in Bezug auf die Wechselwirkung des Geschlechts des abhängigen Elternteils und des betroffenen Kindes liefern, so belegen sie doch alle einen signifikanten Zusammenhang zwischen einer elterlichen Alkoholproblematik und depressiven Symptomen bei den betroffenen Kindern.

Ähnlich wie in der Forschung zu externalisierenden Störungen bei Kindern aus alkoholbelasteten Familien, gibt es jedoch auch hier weniger eindeutige Studienergebnisse, die auf einen direkten Zusammenhang von einer elterlichen Alkoholbelastung und einer depressiven Störung schließen lassen. Gilder, Wall und Ehlers (2002) fanden in ihrer amerikanischen Studie beispielsweise keinerlei Hinweise darauf, dass Kinder aus alkoholbelasteten Familien häufiger unter depressiven Störungen leiden als Kinder aus unbelasteten Familien. Barnow et al. (2001) bestätigen, dass bereits eine Vielzahl von Studien mit Querschnittsdesign keinen direkten Zusammenhang zwischen elterlichen Alkoholproblemen und einer depressiven Symptomatik beim betroffenen Kind belegen konnten. Sie räumen jedoch ein, dass es geringe Differenzen zwischen alkoholbelasteten und unbelasteten Gruppen geben könnte, welche sich erst in einer Längsschnittbeobachtung weiter manifestieren können. Preuss, Schuckit, Smith, Barnow und Danko (2002) postulieren darüber hinaus, dass ein elterliches Alkoholproblem weniger ursächlichen Einfluss auf eine kindliche und jugendliche depressive Störung hat als andere Belastungen, die in der Familie vorkommen können. Anda et al. (2002) bekräftigen, dass der Zusammenhang zwischen einer elterlichen Alkoholbelastung und späteren depressiven Störungen bei betroffenen Kindern nicht unbedingt auf die elterliche Alkoholabhängigkeit allein zurückzuführen sei, sondern

eher auf die Tatsache, dass Kinder in alkoholbelasteten Familien oftmals widrige Kindheitserfahrungen wie z.B. emotionalen und sexuellen Missbrauch, häusliche Gewalt oder Scheidung sammeln. Je mehr widrige Kindheitserfahrungen ein betroffenes Kind erlebt, desto höher ist das Risiko des Kindes, im Erwachsenenalter eine Depression zu entwickeln. Klein (2005a) bestätigt, dass eine elterliche Alkoholstörung zu bestimmten Merkmalen innerhalb der Familie führt, welche eine depressive Erkrankung beim Kind begünstigen können (z.B. angespannte häusliche Atmosphäre, Zerrüttung, psychopathologische Komorbidität des trinkenden Elternteils).

2.3.2.2 Angststörungen

Eine Vielzahl früherer Untersuchungen berichtet über Symptome von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien (vgl. Klein et al., 2003, Klein, 2005a, Zobel, 2000).

Cuijpers et al. (1999) weisen in ihrer niederländischen Studie darüber hinaus nach, dass betroffene erwachsene Kinder in Bezug auf depressive Symptome höhere Lebenszeit-, Jahres- und Monatsprävalenzen für Angststörungen aufzeigen als nicht-betroffene erwachsene Kinder. Außerdem weisen betroffene erwachsene Kinder entsprechende Symptome zu einem früheren Zeitpunkt auf als unbelastete Gleichaltrige. In der Studie von Klein und Quinten (2002) fanden sich Hinweise darauf, dass Angststörungen die am häufigsten vorkommende internalisierende Störung bei erwachsenen Kindern aus alkoholbelasteten Familien darstellt. Etwa ein Viertel der befragten Betroffenen leidet unter Ängsten. Dies trifft insbesondere dann zu, wenn die Betroffenen mit zwei suchtkranken Elternteilen oder mit Eltern ohne dauerhafte Abstinenz aufgewachsen sind. Die Ergebnisse der Studie von Reich, Earls, Frankel und Shayka (1993) zeigen für Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien zudem ein deutlich erhöhtes Risiko für überängstliches Verhalten. Maynard (1997) befand darüber hinaus, dass betroffene erwachsene Kinder in ihrer Persönlichkeit generell ängstlicher sind als erwachsene Kinder aus nicht-betroffenen Familien. Darüber hinaus reagieren betroffene Erwachsene in bestimmten, subjektiv als bedrohlich empfundenen Situationen (Zustandsangst) ängstlicher als Erwachsene, die in unbelasteten Familien aufgewachsen sind. Post und Robinson (1998) sowie MacPherson, Stewart und McWilliams (2001) zeigen in ihren Studien, dass betroffene Kinder und junge Erwachsene mehr Ängste aufwiesen als Kinder und junge Erwachsene aus unbelasteten Familien, sowohl in Bezug auf generelle

Angst als Persönlichkeitseigenschaft als auch in Hinblick auf Ängstlichkeit in bedrohlichen Situationen. Eine wesentliche Rolle spielt hierbei ebenso die sogenannte Angstsensitivität, d.h. das Ausmaß, in dem ein Individuum befürchtet, dass es durch seine Angst negative Konsequenzen erleben wird. Erwachsene Kinder aus alkoholbelasteten Familien weisen nach MacPherson et al. (2001) eine höhere Angstsensitivität auf als nicht-betroffene junge Erwachsene. Sie belegen darüber hinaus, dass Kinder aus alkoholbelasteten Familien im Studentenalter häufiger von spontanen Panikattacken (im nicht-klinischen Sinne) berichten als junge Erwachsene aus unbelasteten Familien. Spanische Daten zeigen ergänzend, dass Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien signifikant mehr subklinische Symptome von phobischen Angststörungen aufweisen als Kinder und Jugendliche aus unbelasteten Familien (Diaz et al., 2008).

Gleichwohl gibt es Studien, die keinerlei Hinweise auf einen direkten Zusammenhang zwischen elterlicher Alkoholbelastung und Angststörungen liefern. Gilder et al. (2002) zeigen beispielsweise, dass sich Kinder aus alkoholbelasteten Familien weder in Bezug auf eine Störung mit Überängstlichkeit noch in Bezug auf Trennungsängste signifikant von nicht-betroffenen Kinder unterscheiden. Preuss et al. (2002) zufolge besteht zwar ein Zusammenhang zwischen einer mütterlichen Alkoholbelastung und Angststörungen bei ihrem betroffenen Kind im Kindes- und Jugendalter, jedoch sollte die elterliche Alkoholproblematik nicht als hauptsächliche Ursache für die Angststörung gewertet werden. Ähnlich wie in Bezug auf depressive Störungen bei betroffenen Kindern gibt es andere Faktoren, die bei der Entwicklung einer Angststörung eine stärkere, ursächliche Rolle spielen. Klein (2005a) zufolge haben hier erneut Faktoren wie eine als dysfunktional erlebte familiäre Umgebung, Zerrüttung der Familie oder eine elterliche Komorbidität eine entscheidendere Bedeutung als die elterliche Alkoholbelastung allein.

2.3.2.3 Somatische und somatoforme Störungen

Frühe Studien zum Zusammenhang zwischen einer elterlichen Alkoholbelastung und somatischen und somatoformen Störungen wiesen zunächst ambivalente Ergebnisse auf. Eine ältere französisch-kanadische Langzeitstudie mit Kindern aus alkoholbelasteten Familien im Alter von 6 bis 10 Jahren von Dobkin, Tremblay, Desmarais-Gervais und Dépelteau (1994) konnte, außer in Bezug auf Geburtsgewicht und Körpergröße, keine Unterschiede in Bezug auf körperliche Gesundheit bei Kindern aus alkoholbelasteten Familien im Vergleich zu

unbelasteten Kindern finden. Jedoch wurde zuvor bei Rubio-Stipec, Bird, Canino, Bravo und Alegria (1991) sowie bei West und Prinz (1987) deutlich erkennbar, dass Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien im Vergleich zur Kontrollgruppe vermehrt Symptome oder Diagnosen von somatoformen und somatischen Störungen aufweisen. Die Studie von Klein und Quinten (2002) bekräftigt später, dass erwachsene Kinder aus alkoholbelasteten Familien relativ häufig andauernde körperliche Beschwerden berichten. Hart, Fiissell und McAleer (2003) zeigen, dass sich erwachsene Kinder aus alkoholbelasteten Familien von nicht-betroffenen Erwachsenen unterscheiden: Betroffene verfügen über mehr diagnostizierte Gesundheitsprobleme wie Krebs, Lebererkrankungen, Diabetes, hohen Blutdruck oder Geschwüre. Darüber hinaus berichten betroffene Erwachsene häufiger über Beschwerden wie Magenprobleme, Herzrasen, Schwindelgefühle, Nervosität, „Kloß im Hals“ oder innere Unruhe. Die Autoren gehen davon aus, dass die zuletzt genannten Beschwerden oftmals mit psychologischen Variablen wie negativen Gefühlen, Angst oder Verzweiflung einhergehen und somit psychosomatischer Natur sein könnten. Einer deutschen Evaluationsstudie über Modellprojekte für Kinder aus suchtbelasteten Familien entsprechend sind hauptsächlich Mädchen von physischen Beeinträchtigungen betroffen (Klein, 2005b). Fast jedes dritte Mädchen aus einer suchtbelasteten Familie leidet unter körperlichen Beschwerden, vor allem unter asthmatischen und allergischen Beschwerden. Klein (2005b) geht davon aus, dass diese als psychosomatische Reaktionen auf familiäre Stresssituationen zu betrachten sind. Baltruschat, Geissner und Klein (2005) konnten bei essgestörten jungen Frauen zwischen 13 und 26 Jahren nachweisen, dass sich für die Frauen eine Rate von elterlichen Alkoholerkrankungen von 47% ergab (Grundrate in der Bevölkerung ca. 1 bis 4%). Außerdem untersuchten sie weiterhin Eltern mit Alkoholerkrankungen und fanden eine töchterliche Rate an Essstörungssymptomen in Höhe von 40%. Die Autoren folgern, dass ein elterlicher Alkoholmissbrauch einen bedeutsamen Risikofaktor für die Entwicklung einer Essstörung bei betroffenen Töchtern darstellt.

2.4 Zusammenfassung und Fazit

Eine Vielzahl von Studien zu Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien belegt, dass betroffene Kinder nicht nur als die größte Risikogruppe für eigene substanzbezogene Störungen gelten, sondern dass sie auch häufig andere psychische Störungen mit klinischer Relevanz aufweisen.

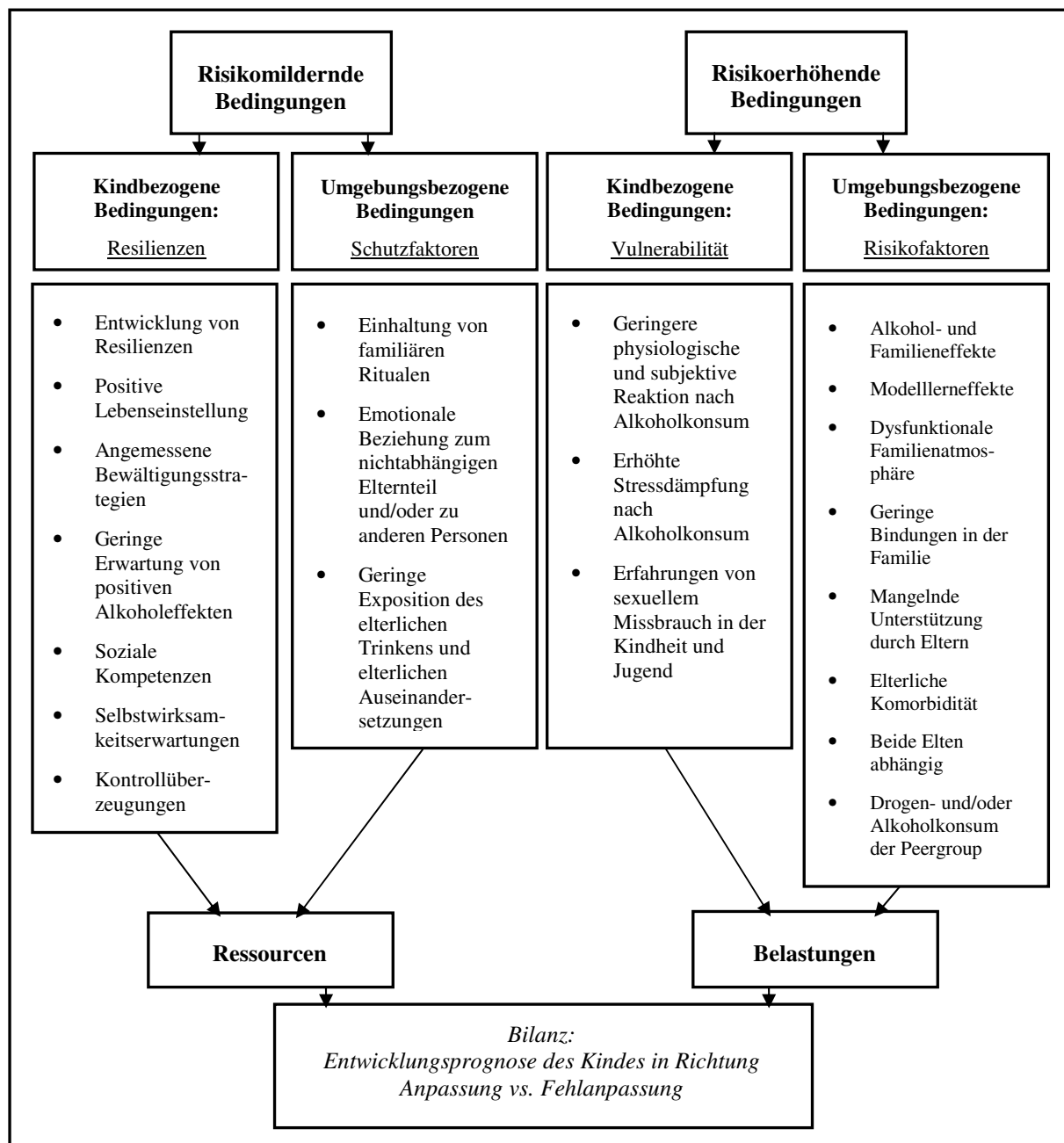
Der aktuellen Forschungslage gemäß ist jedoch nicht unbedingt davon auszugehen, dass diese erhöhten Risiken in linearem Zusammenhang mit der elterlichen Abhängigkeitserkrankung stehen. Bei der Transmission von alkoholbezogenen Störungen spielen neben genetisch übertragenen Risikofaktoren auch Persönlichkeits- und Umweltfaktoren eine bedeutsame Rolle. Der indirekte Zusammenhang zwischen einer elterlichen Suchterkrankung und einer Symptombelastung beim Kind wird in Bezug auf andere psychische Erkrankungen, wie internalisierende, externalisierende oder psychosomatische Störungsbilder, noch deutlicher: ein Großteil der Forschungsergebnisse weist darauf hin, dass nicht die elterliche Suchterkrankung als hauptursächlicher Faktor für Beschwerden beim Kind gilt, sondern dass auch andere Umwelt- und Persönlichkeitsfaktoren einen gewichtigen Beitrag leisten. Diese Faktoren sollen im folgenden Kapitel ausgeführt und in der vorliegenden Untersuchung näher beleuchtet werden.

3. Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten

Wie bereits angedeutet, dürfen Studien, die das höhere Entwicklungsrisiko von Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien belegen, nicht den falschen Eindruck erwecken, dass die elterliche Alkoholproblematik als einzige oder direkte Ursache für Entwicklungsprobleme bei betroffenen Kindern zu bezeichnen ist (Uhl, Springer, Kobra & Matt, 2008). Klein et al. (2003) machen deutlich, dass die mit einer elterlichen Alkoholabhängigkeit verbundenen Entwicklungsrisiken vielmehr einem komplexen Gefüge miteinander agierender Risiko- und Schutzfaktoren entspringen, welche sowohl in der Umwelt als auch in der Person des Kindes aufzufinden sind (Zobel, 2000). Außerdem entwickeln nicht alle Kinder aus suchtblasteten Familien zwangsläufig eine psychische Störung (Klein, 2007; Uhl et al., 2008). Studien haben gezeigt, dass nur ca. ein Drittel der betroffenen Kinder gravierende Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter zeigt, die zur Chronifizierung neigen (Werner, 1992, 1993; Werner & Smith, 1982). Etwa ein weiteres Drittel entwickelt leichte bis mittelschwere Probleme, die die Funktionsfähigkeit nur leicht bis mittelschwer beeinträchtigen und oft nur vorübergehender Natur sind. Etwa ein Drittel entwickelt keine relevanten Probleme oder bleibt psychisch vollkommen gesund bzw. stabil. Dieser Befund impliziert ebenfalls, dass das elterliche Alkoholproblem nicht allein entscheidend für die Entstehung von psychischen Beeinträchtigungen sein kann, sondern dass bestimmte Faktoren dazu beitragen, ob ein Kind psychische oder substanzbezogene Probleme entwickelt oder nicht. Basierend auf dem Modell von Klein et al. (2003), welches in Abbildung 3 dargestellt wird, werden im Folgenden bis dato identifizierte Risiko- und Schutzfaktoren berichtet, die für die Entwicklung psychischer Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen von suchtkranken Eltern eine herausragende Bedeutung besitzen.

Abbildung 3

Schema der Risiko- und Schutzfaktoren in der kindlichen Entwicklung in alkoholbelasteten Familien (Klein et al., 2003, S. 29; adaptiert aus Scheithauer, Petermann & Niebank, 2002, S. 71 und Zobel, 2000, S. 179)



3.1 Risikofaktoren

Risikofaktoren, die einen psychopathologischen Entwicklungsverlauf eines Kindes begünstigen, können in unterschiedlicher Intensität auftreten und nicht jedes Individuum reagiert gleich stark auf bestimmte Umstände (Petermann & Niebank, 1999). Je nach Ausprägung der Risikofaktoren und je nach Sensitivität für diese erhöht sich das Entwicklungsrisiko des Kindes bzw. schwächt sich ab (Klein et al., 2003). Petermann und Niebank (1999) zufolge ist jedoch nicht nur die Ausprägung eines Risikofaktors, sondern auch die Anzahl verschiedener Risikofaktoren insgesamt relevant, weil Risikofaktoren in ihrer Wirkung nicht nur additiv sind, sondern multiplikativ wirken und somit miteinander in Wechselwirkung stehen (Scheithauer & Petermann, 1999) oder sich gegenseitig verstärken (Mattejat, Wüthrich & Remschmidt, 2000). Dies bedeutet, je mehr negative Veränderungen durch das elterliche Alkoholproblem in der Familie entstehen, desto höher ist in der Regel das Risiko für das betroffene Kind, eine psychische Auffälligkeit zu entwickeln.

3.1.1 Umgebungsbezogene Risikofaktoren

Jene Risikofaktoren, welche ausschließlich in der Umgebung aufzufinden sind, in welcher das Kind aufwächst und lebt, und die eine psychopathologische Entwicklung des entsprechenden Kindes begünstigen, werden als „Stressoren“ bezeichnet (Petermann, 2000; Petermann & Niebank, 1999). Die bisherige Forschung zum Thema Kinder aus alkoholbelasteten Familien konnte eine Vielzahl von Stressoren identifizieren, die eine psychische Störung oder eine eigene Suchtproblematik bei betroffenen Kindern beeinflussen oder begünstigen können.

Sozioökonomische Stressoren

Sozioökonomische Benachteiligungen gehören zu den typischen Stressoren für Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien, da die materiellen und finanziellen Bedingungen in alkoholbelasteten Familien oftmals schlechter sind als in unbelasteten Familien, teilweise als Konsequenz des elterlichen Suchtproblems (Furtado et al., 2002; Hussong, Bauer, Huang, Chassin, Sher & Zucker, 2008; Klein et al. 2003; Zobel, 2000). Laut Roosa, Beals, Sandler und Pillow (1990) sind insbesondere Kinder aus alkoholbelasteten Familien mit niedrigem Einkommen gefährdet, eine psychische Verhaltensauffälligkeit zu

entwickeln. Ein niedriger sozioökonomischer Status stellt somit einen der riskanten Faktoren in einem Netzwerk vieler Stressoren dar, denen Kinder aus alkoholbelasteten Familien exponiert sind.

Alkoholeffekte

Zu den Alkoholeffekten zählt an vorderster Stelle eine ausgeprägte *Stimmungs- und Verhaltenslabilität* beim alkoholabhängigen Elternteil als Konsequenz seines Alkoholkonsums (Klein et al., 2003; Templeton et al., 2009). Kinder erleben ihre Eltern grundsätzlich verändert, wenn diese Alkohol getrunken haben. Dies muss nicht bedeuten, dass der Elternteil zwangsläufig aggressiv wird oder undeutlich spricht, sondern dass er vielleicht nur lauter wird, besonders verschmust oder ironisch ist. Dies verstehen Kinder als sprunghaftes Verhalten, welches sie verunsichert (Lindemann, 2008). Kinder aus alkoholbelasteten Familie erfahren eine solche Volatilität des elterlichen Betragens in Bezug auf Häufigkeit und Intensität verstärkt. Betroffene Kinder erhalten oft den Eindruck, auf unvorhersehbare Weise mit zwei verschiedenen Personen konfrontiert zu sein, jeweils abhängig vom aktuellen Intoxikationsstatus des abhängigen Elternteils (Klein et al., 2003). Diese Unkontrollierbarkeit löst nicht nur eine große Verunsicherung aus (Bühringer et al., 2000), sondern erzeugt bei den Kindern auch Gefühle der Ohnmacht und der Schuld, für das Verhalten der Eltern verantwortlich zu sein (Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, 2007). Barber und Gilbertson (1999) zufolge ist Inkonsistenz im elterlichen Verhalten derjenige Faktor, der Kinder aus alkoholbelasteten Familien von nicht-betroffenen Kindern am deutlichsten differenziert. Daten der Studie „Kinder alkoholkranker Eltern“ deuten darauf hin, dass Inkonsistenz im elterlichen Verhalten einen wesentlichen Risikofaktor für externalisierende Störungen darstellt (Barnow et al., 2001).

Trotz dieser Unvorhersehbarkeit des elterlichen Verhaltens lernen betroffene Kinder rasch, dass sie sich grundsätzlich wechselnd auf „nasse“ und „trockene“ Phasen einzustellen haben. Der Zyklus von Intoxikation und Nüchternheit des Suchtkranken beherbergt für die Kinder insofern gewisse vorhersehbare Elemente, als dass das Kind relativ genau weiß, welche Verhaltensweisen es vom betreffenden Elternteil zu erwarten hat, sobald es den Intoxikationsstatus des Elternteils identifiziert hat (Steinglass, Bennett, Wolin & Reiss, 1989; Steinglass, 1989). Daraufhin folgt eine flexible Anpassung des eigenen Verhaltens beim Kind,

welches dazu führt, dass es seine eigenen Befindlichkeiten oder Bedürfnisse - zumindest temporär - ignorieren muss (Klein et al., 2003; Steinglass, 1989).

Abhängig von den abwechselnden Phasen zwischen Nüchternheit und Intoxikation kann auch der *Kommunikationsstil* des Alkoholabhängigen - und auch der seiner Familie - sehr stark variieren. Aus frühen experimentellen Beobachtungsstudien mit alkoholbelasteten Familien geht hervor, dass sich interaktionale und affektive Aktivitäten aller betroffenen Familienmitglieder drastisch verändern, wenn der abhängige Elternteil intoxikiert ist (Steinglass, Davis & Berenson, 1977; Steinglass, 1980; Steinglass et al., 1989). Im intoxikierten Zustand reagiert nicht nur der abhängige Elternteil, sondern die gesamte Familie als Gruppe in der Regel stärker und überspitzter als im nüchternen Zustand (Steinglass et al., 1989), was beispielsweise dazu führen kann, dass die Familienmitglieder rascher als in nüchternen Zustand in heftige Streitereien verwickelt werden (Steinglass et al., 1977).

Familieneffekte

Familieneffekte beziehen sich auf Aspekte innerhalb der Familie, die durch die elterliche Alkoholabhängigkeit beeinflusst wurden (Arenz-Greiving, 2009). Bedeutsame Familieneffekte beinhalten einerseits objektive Variablen in Bezug auf die Familie, z.B. *Trennung oder Scheidung* der Eltern oder sogar der Tod eines Elternteils infolge seiner Abhängigkeitserkrankung. Anda et al. (2002) erachten die Trennung oder Scheidung als eine wesentliche widrige Kindheitserfahrung und konnten belegen, dass eine solche Erfahrung zu erhöhten Raten von Alkoholmissbrauch sowie zu internalisierenden Störungen führen kann. Aktuelle Daten zeigen, dass Kinder aus alkoholbelasteten Familien häufiger eine Trennung der Eltern erleben als Kinder aus nicht suchtblasteten Familien (Hussong, Bauer, Huang et al., 2008).

Inwieweit Kinder aus alkoholbelasteten Familien jedoch von psychischen Beeinträchtigungen betroffen sind oder sein werden, hängt entscheidend auch davon ab, inwiefern noch weitere innerfamiliäre Belastungen vorhanden sind, welche häufig einer Trennung oder Scheidung vorangehen (Chassin, Rogosch & Barrera, 1991; Sher, 1991; Zobel, 2000). Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien erleben zum Beispiel häufig *Disharmonie und Instabilität in der elterlichen Partnerschaft* (Cork, 1969; Furtado et al., 2002; Hussong, Bauer, Huang et al., 2008; Hussong & Chassin, 2002) und werden dementsprechend häufig Zeuge von elterlichen verbalen Auseinandersetzungen (Templeton,

Velleman, Hardy & Boon, 2009; Velleman, Templeton, Reuber, Klein & Moesgen, 2008). Bereits Roosa et al. (1990) konnten belegen, dass Kinder aus alkoholbelasteten Familien signifikant häufiger von negativen Erfahrungen wie „Mama und Papa haben sich vor mir gestritten“ oder „Mama oder Papa war in der Öffentlichkeit betrunken“ berichten als Kinder aus unbelasteten Familien. Wiederholte Konflikte und Spannungen und damit einhergehende Verlust- und Trennungsängste führen zu negativen Empfindungen beim Kind und bringen es in einen Loyalitätskonflikt, durch den es sich an keinen Elternteil emotional wirklich binden kann (Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, 2007; Templeton et al., 2009).

Aus dem Review von Barber und Gilbertson (1999) wird zudem deutlich, dass Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien öfter selbst in *Konflikte* mit ihren Eltern involviert sind als Kinder und Jugendliche aus diesbezüglich unbelasteten Familien. Betroffene Kinder und Jugendliche berichten in diesem Zusammenhang häufig von Ambivalenzerfahrungen, insbesondere gegenüber ihrem alkoholabhängigen Elternteil (Klein, 2005c). Zeitweise hassen sie den abhängigen Elternteil und verachten ihn extrem. Dennoch begleitet die Kinder ein stetiges Gefühl von Besorgnis um den Alkoholkonsum des abhängigen Elternteils und die damit verbundene Sorge um dessen psychischen und physischen Gesundheitszustand (Orford et al., 2005). Dieses Verhalten manifestiert sich häufig im Erwachsenenalter in der Form, dass die Kinder den Elternteil noch immer kontrollieren wollen. Roosa et al. (1991) sowie Loukas, Zucker, Fitzgerald und Krull (2003) zufolge sind Kinder und Jugendliche aus suchtblasteten Familien insbesondere dann gefährdet, eine internalisierende oder externalisierende psychische Auffälligkeit zu entwickeln, wenn ihnen die elterliche Alkoholproblematik die angeführten Konflikterfahrungen bereitet.

Konflikte innerhalb der Familie werden in alkoholbelasteten Familien allerdings oftmals nicht nur verbal ausgetragen, sondern können auch *körperliche Gewalt* beinhalten (Olszewski, Burkhart & Bo, 2010). Ellis et al. (1997) berichten, dass Kinder aus alkoholbelasteten Familien eine höhere Wahrscheinlichkeit aufweisen, Zeuge oder Opfer von häuslicher Gewalt zu werden als Kinder aus Normalfamilien. Jester, Jacobson, Sokol, Tuttle und Jacobson (2000) haben berechnet, dass in Familien mit einem stark trinkenden Elternteil das Risiko für häusliche Gewalt um ein Dreifaches erhöht ist. Der Untersuchung von Velleman et al. (2008) zufolge sind die Ausmaße der berichteten häuslichen Gewalt in alkoholbelasteten Familien bisweilen extrem und bringen schwerwiegende Konsequenzen mit sich (z.B. Ohnmacht, gebrochene Knochen oder Arztbesuche). Die Mehrzahl der Gewalttaten

spielte sich zwischen den Ehepartnern ab, bei denen die Kinder Zeugen wurden; in einem geringeren Ausmaß wurden jedoch auch Gewalthandlungen zwischen Eltern und Kind berichtet. Die Studie von Velleman et al. (2008) zeigt ebenso eine erhöhte psychische Symptombelastung bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen. Diese Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass auch die Wechselwirkung von elterlicher Alkoholbelastung und häuslicher Gewalt als bedeutsamer Risikofaktor für eine psychische Symptombelastung beim betroffenen Kind bzw. Jugendlichen zu betrachten ist.

Die Abhängigkeitserkrankung eines Elternteils kann jedoch auch abseits von ausgetragenen Konflikten negative Auswirkungen auf das gesamte Familienleben haben (Steinglass et al., 1989). Versprechungen, Planungen oder gemeinsam getroffene Entscheidungen, wie z.B. geplante Familienausflüge oder Geburtstagsfeiern, werden oftmals hinfällig oder es müssen spontan notwendige Änderungen oder Anpassungen vollzogen werden (Klein, 2005c; Templeton et al., 2009). Dies kann ernsthafte Konsequenzen für *Familienrituale*, wie z.B. ein gemeinsames Abendessen oder Familienausflüge am Wochenende (Zobel, 2000), mit sich bringen. In der Regel stabilisieren familiäre Rituale das Familienleben, da sie erwartete Rollen klarstellen, Grenzen innerhalb der Familie beschreiben und Regeln so definieren, dass jedes Familienmitglied sich darüber bewusst wird, wie die Familie funktioniert (Wolin, Bennett, Noonan & Teitelbaum, 1980). Wolin et al. (1980) haben in ihrer Interviewstudie mit alkoholbelasteten Familien beleuchtet, inwiefern das Trinkverhalten des alkoholabhängigen Elternteils sich auf etablierte Familienrituale auswirkt. Die Ergebnisse der Studie zeigen auf, dass je mehr die Familienrituale durch die elterliche Alkoholabhängigkeit beeinträchtigt bzw. verändert werden oder sogar zerbrechen, umso größer wird das Risiko, im jungen Erwachsenenalter die Alkoholabhängigkeit von den Eltern auf die Kinder zu übertragen. Dies ist partiell durch den Mangel an Struktur und Planbarkeit im Familienleben zu erklären. Die Studie von Steinglass et al. (1989) zeigt jedoch auch, dass eine zu strikte Aufrechterhaltung der Rituale trotz einer Alkoholproblematik innerhalb der Familie den Familienmitgliedern die Energie für andere Angelegenheiten raubt und somit die Rigidität von Familienritualen fördert, was ebenfalls zu negativen Konsequenzen führen kann.

Ein alkoholabhängiger Elternteil ist in der Regel aufgrund seiner Suchterkrankung oftmals nicht mehr in der Lage, seine alltäglichen und familiären Verpflichtungen in einem adäquaten Maß wahrzunehmen. Dementsprechend häufig werden die familiären Verantwortlichkeiten und Aufgaben innerhalb der Familie neu aufgeteilt, so dass das Versagen des Alkoholabhängigen weniger schwerwiegend und offenkundig ist (Nastasi &

DeZolt, 1994). Durch die *neuen Rollenverteilungen* bekommen die Kinder häufig Aufgaben zugeschrieben, die aufgrund ihres Entwicklungsstandes als nicht altersangemessen zu bezeichnen sind (Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, 2007). Oftmals fungieren betroffene Kinder als Trostspender und Ratgeber für den nicht-abhängigen Elternteil, welcher durch Gespräche mit dem Kind versucht, die eigenen Schwierigkeiten mit dem Suchtproblems des Partners zu bewältigen. In Extremfällen kann es sogar zu einer Rollenumkehr kommen, in der das Kind die Fürsorgerrolle für den abhängigkeiterkrankten Elternteil übernehmen muss („Parenting“) (Bancroft, Wilson, Cunningham-Burley, Backett-Milburn & Masters, 2004). Diese zusätzlichen Belastungen stellen für die weitere Entwicklung des Kindes eine große Gefahr dar, da betroffene Kinder ihre kindliche Seite zunehmend vernachlässigen oder verleugnen (Klein et al., 2003).

Durch eine elterliche Suchterkrankung ergibt sich eine *Vernachlässigung* des Kindes als weiteres Problem (Olszewski, Burkhart & Bo, 2010). Barber und Gilbertson (1999) berichten, dass Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien zweimal soviel Vernachlässigung durch die Eltern erfahren wie Kinder aus diesbezüglich unbelasteten Familien. Auch Cuijpers et al. (1999) fanden heraus, dass betroffene Kinder häufig unter emotionaler Vernachlässigung leiden und dass dies als signifikanter Prädiktor für psychiatrische Störungen im jungen Erwachsenenalter zu bezeichnen ist. Wesentlich ist jedoch nicht nur die objektiv beobachtbare emotionale und körperliche Vernachlässigungshandlung durch die Eltern, sondern auch die vom Kind subjektiv wahrgenommene Ablehnung durch die Eltern. Kinder und Jugendliche von alkoholkranken Eltern berichten häufig von Ablehnung seitens der Eltern (Barnow et al., 2001; Barnow, Schuckit, Lucht et al., 2002). Externalisierende Auffälligkeiten wie delinquentes Verhalten werden mit einem solchen negativen Erziehungsverhalten durch die Eltern assoziiert. Barnow et al. (2004) konstatieren, dass elterliche Ablehnung ein Hauptrisikofaktor für externalisierende Störungen wie aggressives und delinquentes Verhalten sowie für Aufmerksamkeitsprobleme ist.

Es sollte an dieser Stelle jedoch ausdrücklich betont werden, dass alkoholabhängige Eltern nicht aus böser Absicht heraus handeln. Durch die Abhängigkeitserkrankung sind ihre Fähigkeiten zu einer angemessenen Aufsicht und Betreuung herabgesetzt (Zobel, 2000). Dies kann sich insofern negativ auf die Entwicklung des Kindes auswirken, als dass mögliche Fehlentwicklungen oft zu spät oder gar nicht entdeckt werden. Auch der nicht-abhängige Elternteil kann sich oft nicht ausreichend um das Kind kümmern, da er durch das

Suchtproblem des Partners und die dadurch zusätzlich anfallenden Aufgaben stark überlastet ist.

Eine *Alkoholabhängigkeit von beiden Elternteilen* erschwert die Situation zusätzlich. Laut der „Michigan Longitudinal Study (MLS)“ ist in diesem Fall das Risiko für das Kind, eine psychische Störung zu entwickeln, stark erhöht (Fitzgerald, Puttler, Refior & Zucker, 2007). Laut Zobel (2000) wird durch die Abhängigkeitserkrankung beider Elternteile die Möglichkeit einer festen und vertrauensbasierten Bindung an zumindest den nicht-abhängigen Elternteil verhindert, weswegen die entwicklungsbelastenden Effekte in der Familie deutlich verstärkt werden (Klein et al., 2003). Auch eine *Komorbidität* des abhängigen Elternteils belastet die Situation zusätzlich. Alkoholabhängige leiden sehr oft unter zusätzlichen psychischen Störungen wie z.B. Depressionen, Angststörungen oder Persönlichkeitsstörungen (Klein et al., 2003; Sher, 1991). Die Studie von Puttler, Zucker, Fitzgerald und Bingham (1998) konnte bestätigen, dass Kinder aus alkoholbelasteten Familien, in denen zusätzlich eine elterliche antisoziale Persönlichkeitsstörung vorlag, signifikant mehr externalisierende und internalisierende Störungen aufweisen als Kinder aus nicht-alkoholbelasteten Familien, in denen keine elterliche antisoziale Persönlichkeitsstörung vorhanden war. Ebenso lassen die Ergebnisse der Studie von Preuss et al. (2002) den Schluss zu, dass internalisierende Symptome bei Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien häufiger vorkommen, wenn beim abhängigen Elternteil zusätzlich noch affektive Störungen vorhanden waren. In vielen Fällen ist auch der Partner des Alkoholabhängigen von psychischen, oftmals internalisierenden, Störungen betroffen. Diese zusätzlich auftretenden psychischen Störungen seitens der Eltern potenzieren die familiäre Belastung und tragen zu einer mangelnden Aufsicht der Kinder bei (Zobel, 2000).

Zieht man die bisher erwähnten Stressoren in Betracht, erscheint es wenig überraschend, dass die vorherrschende Atmosphäre innerhalb alkoholbelasteter Familien von betroffenen Kindern häufig als sehr bedrückend erlebt wird. Empirische Daten von Klein und Quinten (2002) konnten belegen, dass die *Atmosphäre* in der Herkunftsfamilie rückblickend von betroffenen erwachsenen Kindern als disharmonisch, kalt, verschlossen, unberechenbar, verlogen, bedrückt, hemmend, instabil oder angespannt erlebt wurde. Die Untersuchung von Zobel (2000) verdeutlicht zudem, dass Kinder aus suchtbelasteten Familien weniger Geborgenheit, Beistand und Trost von ihren Eltern erfuhren. Harter (2000) zeigt, dass erwachsene Kinder aus alkoholbelasteten Familien häufiger unsicher-vermeidende oder unsicher-ambivalente Bindungsstile zu ihren Eltern aufzeigen. Derartig schwach ausgeprägte

emotionale Bindungen zu den Eltern können psychische Auffälligkeiten und abweichendes Verhalten begünstigen.

Grundsätzlich ist trotz der oftmals schwierigen Umstände dennoch davon auszugehen, dass betroffene Kinder ihre Eltern lieben und sich ihnen gegenüber bedingungslos loyal verhalten. Infolgedessen sind es die Kinder oft gewohnt, die familiäre Alkoholproblematik nach außen hin zu verschleiern, um der Umwelt ein vermeintlich intaktes, „normales“ Familienbild zu präsentieren (Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, 2007). Oft führen auch die Scham, aus einer dysfunktionalen Familie zu stammen, oder die Angst vor Stigmatisierung dazu, dass Kontakte nach außen eingeschränkt werden. Durch diese *soziale Isolation* kreieren die Familienmitglieder ein dysfunktionales familiäres System, welches sich vor allem durch eine Tabuisierung des Problems auszeichnet.

Wenn das Kind die beschriebenen schwierigen Umstände zu bewältigen versucht, wird es vor eine große Herausforderung gestellt. Wegscheider (1988) stellt in diesem Zusammenhang die Theorie auf, dass Kinder aus suchtblasteten Familien dysfunktionale Rollenmuster annehmen müssen, um sich vor den widrigen Umständen zu schützen und sich den Verhältnissen anzupassen. Wenn das Kind von seinen Eltern weder Wärme noch Liebe, Schutz, Stabilität, Förderung, Interesse oder Respekt erhält, verfällt es Wegscheider (1988) zufolge in eines von vier bestimmten Rollenmustern, durch die sich das Kind (unbewusst) entweder als Held, Sündenbock, Clown oder als verlorenes Kind der Familie darstellt. Diese Rollenmuster basieren auf wiederholten Beobachtungen von Praktikern, konnten in der empirischen Studie von Klein et al. (2003) jedoch nicht hinreichend untermauert werden.

3.1.2 Personenbezogene Risikofaktoren

Betrachtet man die oben beschriebenen Forschungsergebnisse zu den umgebungsbezogenen Risikofaktoren, erscheint der aktuelle Befund von Hussong, Bauer, Huang et al. (2008) wenig überraschend: Kinder aus alkoholbelasteten Familien berichten häufiger als Kinder aus unbelasteten Familien, belastenden Ereignissen in ihrer Umwelt ausgesetzt zu sein und sie beurteilen diese auch als schwerwiegender. Dennoch bestehen für betroffene Kinder nicht nur umgebungsbezogene Risiken für ihre weitere Entwicklung, sondern es gibt ebenso Risikofaktoren, die in der Person des Kindes zu finden sind. Derartige personenbezogene Risikofaktoren werden auch als „Vulnerabilitäten“ bezeichnet (Petermann,

2000). Vulnerabilitäten beziehen sich in der Regel auf genetische Dispositionen oder auf Persönlichkeitseigenschaften des Kindes.

Genetische Faktoren

Obwohl es im Bereich der klinischen Kinder und Jugendpsychologie verschiedene Studien gibt, die die bedeutsame Rolle von neuro- und biopsychologischen Risikofaktoren bei der Entwicklung psychischer Störungen belegen können (Petermann, 2000), gibt es in Bezug auf Kindern aus alkoholbelasteten Familien kaum Studien, die sich mit genetischer oder biologischer Vulnerabilität des betroffenen Kindes befassen. Ein Großteil der bisher durchgeführten Studien zu genetischen Risikofaktoren untersuchte, wie bereits in Kapitel 2.2 beschrieben, deren Einfluss auf die Entwicklung einer eigenen substanzbezogenen Störung, z.B. die Bedeutung der physiologischen Reaktion betroffener Kinder auf Alkohol oder deren genetische Disposition für eigene Alkoholstörungen (Schuckit, 1991, 1994a; Schuckit & Smith, 2001).

Temperament

Ein kleiner Anteil an Untersuchungen identifiziert Faktoren in der Persönlichkeit von Kindern aus alkoholbelasteten Familien, welche die Entwicklung einer psychischen Auffälligkeit begünstigen können. Die Studie von Jansen, Fitzgerald, Ham & Zucker (1995) weist darauf hin, dass Jungen in Kleinkindalter mit externalisierenden Symptomen oftmals ein schwieriges Temperament sowie auch überzufällig häufig Eltern mit Alkoholproblemen haben. Eine Studie von Edwards, Leonard & Eiden (2001) bestätigt, dass Kleinkinder von Alkoholikern häufig über ein schwieriges Temperament (dickköpfig/unbeeinflussbar) verfügen. Fitzgerald et al. (2007) befanden, dass die drei Temperamentsdimensionen Aktivität, Ablenkbarkeit und Reaktivität bei Kindern aus alkoholbelasteten Familien mit externalisierenden Auffälligkeiten zusammenhängen; sich Zurückziehen hingegen geht eher mit internalisierenden Auffälligkeiten einher.

Kognitionen in Bezug auf das Selbst

Selbstwertgefühl ist eine Variable, welche ausschlaggebend mit Familienstressoren aus der Kindheit und mit negativen Erlebnissen mit den Eltern verbunden ist und somit in alkoholbelasteten Familien oftmals entstehen kann (Klein, 2005a). Obwohl die Forschungslage uneinheitliche Ergebnisse aufweist (Amodeo, Griffin, Fassler, Clay & Ellis, 2007; Hall, 2007), kann in der Summe konstatiert werden, dass Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien sowohl über insgesamt weniger *Selbstwertgefühl* verfügen als Kinder und Jugendliche aus nicht-betroffenen Familien (Klein et al., 2003; Morey, 1999; Post & Robinson, 1998; Ritter, Stewart, Bernet, Coe & Brown, 2002). Dies bezieht sich auf unterschiedliche Ebenen von Selbstwertgefühl, wie z.B. allgemeines Selbstwertgefühl oder Selbstwert in Hinblick auf den Umgang mit Gleichaltrigen, schulische Leistung oder das Verhältnis zu den Eltern. Lösel und Bender (2008) zufolge haben es junge Menschen mit einem negativen Selbstwertgefühl und wenig Selbstvertrauen schwer, multiple Entwicklungsrisiken zu bewältigen. Ein schwaches Selbstwertgefühl führt überdies zu einer allgemein geringer ausgeprägten Lebenszufriedenheit, vor allem im Erwachsenenalter (Harter, 2000).

Laut Drucker & Greco-Vigorito (2002) sind internalisierende Störungen bei Kindern aus alkoholbelasteten Familien am besten durch deren *negatives Selbstkonzept* zu erklären. Ein negatives Selbstkonzept beinhaltet vor allem Gedanken wie „Ich mache alles falsch“, „Ich hasse mich selbst“ oder „Nichts macht Spaß“. Eine quasi-experimentelle Studie von Viganó Zanot-Jeronymo und Pimenta Carvalho (2005) bestätigt, dass Kinder mit alkoholabhängigen Eltern ein negativeres Selbstkonzept besitzen als Kinder aus unbelasteten Familien. Sedikides und Skowronski (1997) gehen davon aus, dass das Selbstkonzept eines Menschen unter anderem aus einer Ansammlung von ausgearbeiteten kognitiven Strukturen besteht, die als Selbstschemata bezeichnet werden. Ein solches Schema ist ein relativ stabiles kognitives Muster, welches der Mensch nutzt, um Informationen über sich selbst zu verarbeiten und zu interpretieren (Aronson, Wilson & Ekert, 2004; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1999; Brehm, Kassin & Fein, 1999). Adoleszente mit einer Ansammlung von wenig positiven und vielen negativen Schemata zeigen laut Corte und Zucker (2008) ein erhöhtes Risiko für verfrühten Alkoholkonsum im Vergleich zu Jugendlichen mit weniger negativen Schemata. Den Autoren zufolge ist anzunehmen, dass Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien häufig über eine dysfunktionale (unangemessene, selbstschädigende) Schema-Struktur verfügen, weil chaotische Familienverhältnisse das Kind im jungen Alter behindern, sein soziales Umfeld

ausreichend zu explorieren. Dadurch ist das Kind kaum in der Lage, positive Selbstschemata zu entwickeln.

Perez-Bouchard, Johnson und Ahrens (1993) zeigen des Weiteren, dass Kinder und Jugendliche aus suchtblasteten Familien eher zu einem *pessimistischen Attributionsstil* tendieren als Kinder und Jugendliche aus Normalfamilien. Betroffene Kinder und Jugendliche attribuieren negative Ereignisse häufig internal, stabil und global, was negative Empfindungen in Bezug auf die eigene Person verstärken und die Entwicklung einer depressiven Erkrankung begünstigen kann (Seligman, 1992). Auch Shoal und Giancola (2001) befanden in ihrer Untersuchung, dass kognitive Fehler von männlichen Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien, wie z.B. Übergeneralisierung und Personalisierung von negativen Ereignissen, signifikanten Einfluss auf eine negative Affektivität ausüben. Hoff und Klein (2005) berichten aus ihrer Untersuchung geschlechtsspezifische Ergebnisse: Mädchen im Kindes- und Jugendalter attribuieren den elterlichen Alkoholmissbrauch stärker internal als Jungen, d.h. sie geben sich häufiger zumindest teilweise die Schuld oder die Verantwortung für die elterliche Alkoholproblematik. Auch beschäftigen sie sich gedanklich deutlich intensiver mit dem elterlichen Alkoholproblem als Jungen und sind somit häufig belasteter. Zuletzt neigen Töchter aus alkoholbelasteten Familien in höherem Maße auch zu irrationalen Einstellungen als Söhne. Ursachen von eigenem Misserfolg schreiben sie daher häufiger der eigenen Person zu. Auch beschäftigen sich Mädchen eine längere Zeit mit in der Vergangenheit begangenen Fehlern.

Die genannten Befunde liefern erste Hinweise darauf, dass Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien besonders anfällig für dysfunktionale Denkmuster sind. Solche negativen kognitiven Muster können beispielsweise durch eine permanente Exposition gegenüber einer dysfunktionalen familiären Umgebung, wie sie oftmals in suchtblasteten Familien vorkommt, verursacht werden (Perez-Bouchard et al., 1993; Drozd & Dalenberg, 1994) oder entstehen dadurch, dass der alkoholabhängige Elternteil dem Kind gegenüber ablehnendes Verhalten aufzeigt (Johnson, Rolf, Tiegel & Mc Duff, 1996). Eine weitere Erklärung wäre, dass die suchtkranken Eltern ihnen eine depressogene Denkweise vorleben und somit als Modell dienen (Perez-Bouchard et al., 1993). Stallard (2002, 2007) führt an, dass dysfunktionale, kognitive Denkmuster schon im jungen Alter als relativ stabile Strukturen substantielle negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben können. Diese Vermutung besitzt einige Parallelen mit der kognitiven Theorie nach Beck (Beck & Clark, 1988; Beck et al., 1999), welcher zufolge davon ausgegangen wird, dass elementare

kognitive Muster, wie dysfunktionale Schemata oder negative automatische (reflexhaft auftretende, subjektiv plausibel erscheinende) Gedanken bestimmen, wie sich Menschen fühlen und verhalten. Somit sind es nicht unbedingt die Einflüsse oder Stimuli aus der Umwelt, die unsere Emotionen bestimmen, sondern es ist eher die Art und Weise, wie wir Ereignisse und Situationen interpretieren und bewerten, die unser Erleben und Verhalten steuert (Wilken, 2010). Detaillierte Forschungsergebnisse, die wesentliche Elemente der kognitiven Theorie nach Beck (Beck & Clark, 1988; Beck et al., 1999) im Kontext von Kindern und Jugendlichen aus suchtselasteten Familien vertiefend untersuchen, z.B. den Einfluss von negativen Selbstschemata oder automatischer Gedanken auf die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten, liegen bis dato nicht vor.

3.1.3 Übersicht

Tabelle 1 enthält eine Übersicht derjenigen Risikofaktoren, die dem bislang vorliegenden Erkenntnisstand gemäß eine externalisierende oder internalisierende Verhaltensauffälligkeit bei Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien begünstigen können.

Tabelle 1

Umgebungs- und personenbezogene Risikofaktoren für pathologische Entwicklungsverläufe bei Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien nach dem aktuellen Erkenntnisstand

Risikofaktoren	Autoren
<i>Umgebungsbezogene Risikofaktoren („Stressoren“)</i>	
<i>Sozioökonomische Effekte</i>	
Niedriges Einkommen	Roosa et al. (1990) Zobel (2000) Furtado et al. (2002) Klein et al. (2003) Hussong, Bauer, Huang et al. (2008)

Alkoholeffekte

Stimmungs- und Verhaltenslabilität beim alkoholabhängigen Elternteil	Steinglass (1989) Steinglass et al. (1989) Barber & Gilbertson (1999) Barnow et al. (2001) Bühringer et al. (2000) Klein et al. (2003) Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe (2007) Lindemann (2008)
--	--

Kommunikationsstil	Steinglass et al. (1977) Steinglass (1980) Steinglass et al. (1989)
--------------------	---

Familieneffekte

Trennung oder Scheidung	Anda et al. (2002)
Disharmonie und Instabilität in der elterlichen Partnerschaft	Cork (1969) Roosa et al. (1990) Furtado et al. (2002) Hussong & Chassin (2002) Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe (2007) Velleman et al. (2008) Templeton et al. (2009)
Konflikte zwischen Eltern und Kind	Roosa et al. (1991) Barber & Gilbertson (1999) Loukas et al. (2003) Klein, (2005c) Orford et al. (2005)
Häusliche Gewalt	Ellis et al. (1997) Jester et al. (2000) Velleman et al. (2008)
Modifizierung oder Eliminierung von Familienritualen	Wolin et al. (1980) Steinglass et al. (1989) Zobel (2000) Klein (2005c) Templeton et al. (2009)

Neue Rollenverteilungen innerhalb der Familie	Nastasi & DeZolt (1994) Klein et al. (2003) Bancroft et al. (2004) Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe (2007)
Vernachlässigung	Barber & Gilbertson (1999) Cuijpers et al. (1999) Barnow et al. (2001, 2002, 2004) Zobel (2000)
Alkoholabhängigkeit von beiden Elternteilen	Zobel (2000) Fitzgerald et al. (2007)
Elterliche Komorbidität	Sher (1991) Puttler et al. (1998) Preuss et al. (2002) Klein et al. (2003) Zobel (2000)
Belastende Familienatmosphäre	Harter (2000) Zobel (2000) Klein & Quinten (2002)
Soziale Isolation	Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe (2007)
<i>Personenbezogene Risikofaktoren („Vulnerabilitäten“)</i>	
<i>Genetische Faktoren</i>	
Neuro- und biopsychologische Faktoren	Petermann (2000)
<i>Temperament</i>	
	Jansen et al. (1995) Edwards et al. (2001) Fitzgerald et al. (2007)
<i>Kognitionen</i>	
Geringes Selbstwertgefühl	Post & Robinson (1998) Morey (1999) Harter (2000) Klein et al. (2003) Ritter et al. (2002)
Negatives Selbstkonzept	Drozd & Dalenberg (1994) Drucker & Greco-Vigorito (2002) Viganó Zanot-Jeronymo & Pimenta Carvalho (2005) Corte & Zucker (2008)

3.2 Schutzfaktoren

Während die Risikoforschung untersucht, welche Risiken in welchem Ausmaß und auf welche Weise mit Entwicklungsbeeinträchtigungen verknüpft sind, fragt die Forschung zu Schutzfaktoren danach, warum sich Kinder trotz Entwicklungsrisiken zu psychosozial gesunden Persönlichkeiten entwickeln. War die Erforschung zu Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien eine lange Zeit darauf konzentriert, die Ursachen von pathologischen Entwicklungsverläufen und Fehlkompetenzen zu beleuchten, hat sich in der jüngeren Forschung ein Paradigmenwechsel vollzogen, so dass das Individuum mit seinen Schutzmechanismen und Möglichkeiten der Lebensbewältigung zunehmend in den Blickpunkt gerückt ist (Laucht, Esser & Schmidt, 1997). Somit hat sich die Forschung von dem gängigen Störungsmodell, welches Kinder aus suchtbelasteten Familien ausschließlich als auffällig und behandlungsbedürftig ansieht („Damage Modell“, Wolin & Wolin, 1995, 1996), mehr und mehr abgewandt und dem Ansatz, der die Möglichkeiten positiver Entwicklungen einbezieht, vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt (Klein et al., 2003). So konnte bislang eine Reihe spezifischer Schutzfaktoren identifiziert werden, die eine gesunde Entwicklung bei Kindern aus suchtbelasteten Familien ermöglichen können. Einige dieser Schutzfaktoren sind bereits aus der Risikoforschung bekannt, nur werden sie in diesem Kontext als Gegenpole oder als das Fehlen der Risikomerkmale definiert (Laucht et al., 1997). Wie aus Abbildung 3 auf Seite 36 bereits deutlich wurde, lässt sich auch bei den Schutzfaktoren eine Unterteilung in kind- und umgebungsbezogene Faktoren vornehmen.

3.2.1 Umgebungsbezogene Schutzfaktoren

Soziales Netzwerk und enge Beziehungen zu anderen Personen

Eine günstige Entwicklungsprognose zeigen Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien, die stabile und tragfähige Beziehungen und *Bindungen zu anderen Personen* außer dem alkoholabhängigen Elternteil aufbauen können (Klein et al.,

2003). Zobel (2000) erklärt, dass in alkoholbelasteten Familien im Idealfall der nicht-suchtkranke Elternteil eine tragfähige, emotionale Bindung zu den Kindern entwickelt. Werner und Johnson (2004) sowie Edwards et al. (2006) bestätigen, dass ein sicherer Bindungsstil des Kleinkindes gegenüber der nicht-abhängigen Mutter das Risiko, eine psychische Störung zu entwickeln, deutlich verringern kann. Allerdings ist dies aufgrund der spezifischen Anforderungen in betroffenen Familien nicht immer möglich, da auch der nicht-abhängige Elternteil mit der Situation überfordert ist und den Kindern nicht immer ausreichend emotionale Zuwendung zukommen lassen kann (Zobel, 2000). In der Literatur wird daher häufig die Beziehung unter betroffenen Geschwisterkindern als wichtiger Schutzfaktor diskutiert (Klein, 2005a). Walker und Lee (1998) zufolge bilden Brüder und Schwestern in Familien starke Subsysteme, auf die als Ressource für die Bewältigung mit alkoholbezogenem Stress zurückgegriffen werden kann, denn das jeweilige Geschwisterkind ist häufig das einzige Familienmitglied, welches stetig dieselben Erfahrungen sammelt. Dadurch kann zwischen Geschwisterkindern ein sehr intensives, emotionales Band entstehen. Werner und Johnson (2004) belegen, dass eine positive Unterstützung durch ein älteres Geschwisterkind insbesondere für Jungen bedeutsam ist. Der positive Effekt ist dann stärker wirksam, wenn die geschwisterliche Beziehung durch gegenseitige Unterstützung geprägt ist, als wenn ein Geschwisterkind ersatzweise die Elternrolle übernimmt.

Alternativ kann auch der sozialen Unterstützung durch Personen außerhalb der Kernfamilie, wie z.B. gleichaltrige Freunde oder andere erwachsene Bezugspersonen, ein positiver Einfluss auf die Entwicklung des betroffenen Kindes bzw. des Jugendlichen zugeschrieben werden (Klein et al., 2003; Klein, 2005a, Templeton et al., 2009). Ein stabiles Netzwerk mit externen Personen kann den Betroffenen die emotionale Zuwendung und Bestätigung von Gefühlen und Wahrnehmung bieten, welche dem Kind in der Kernfamilie versagt bleiben (Zobel, 2000). Das betroffene Kind hat dadurch die Gelegenheit, außerhalb der Familie die für eine gesunde Entwicklung benötigte Wertschätzung, Resonanz und Anerkennung zu erfahren. In der Interviewstudie von Moe, Johnson und Wade (2007) berichten die befragten Kinder, sich weitaus wohler zu fühlen, wenn sie die Möglichkeit haben, jemandem anderen ihre Gefühle anzuvertrauen. Templeton et al. (2009) fanden aktuell heraus, dass kontinuierliche Unterstützung durch eine nahestehende Person als wichtigster protektiver Faktor bei Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien zu betrachten ist. Gleichzeitig befanden sie jedoch auch, dass betroffene Kinder und Jugendliche eine solche Unterstützung häufig nicht erhalten.

Geringe Exposition gegenüber dem elterlichen Trinken

Zobel (2000) berichtet, dass betroffene Kinder weniger psychische Störungen und Auffälligkeiten ausbilden, wenn sie dem elterlichen Trinken selten direkt ausgesetzt sind. Auch Ritter et al. (2002) zeigen in ihrer Untersuchung, dass eine hohe Exposition gegenüber dem elterlichen Alkoholproblem mit Störungen des Sozialverhaltens sowie mit eigenen substanzbezogenen Problemen bei betroffenen, adoleszenten Mädchen zusammenhängt. Eine Studie von Duncan et al. (2006) hingegen misst dem Faktor Exposition weniger Bedeutung bei: in ihrer Studie hat eine Exposition gegenüber dem väterlichen Alkoholproblem keinerlei Auswirkungen auf die spätere Entwicklung einer eigenen Suchterkrankung bei betroffenen Kindern. Trotz dieses Befundes halten Klein et al. (2003) und Zobel (2000) die negative Auswirkungen einer hohen Exposition gegenüber dem elterlichen Trinkverhalten auf die psychische Gesundheit des Kindes für hinreichend belegt.

Andreas, Fals-Stewart und O'Farrell (2006) zeigen in ihrer Studie, dass eine erfolgreich absolvierte, abstinentorientierte und stationäre Entwöhnungsbehandlung des abhängigen Elternteils auch der psychischen Gesundheit des betroffenen Kindes zugute kommt. Bevor alkoholabhängige Väter aus ihrer untersuchten Stichprobe eine stationäre Behandlung antraten, wiesen ihre betroffenen Kinder eine höhere Symptombelastung auf als eine gleichaltrige, nicht-belastete Kontrollgruppe. Nachdem die Väter das Behandlungsprogramm erfolgreich durchlaufen hatten, verbesserte sich auch die psychische Gesundheit der Kinder: Kinder von stabil remittierten Vätern wurden ähnlich unauffällig wie Teilnehmer aus der Kontrollgruppe und zeigten weniger Verhaltensauffälligkeiten als Kinder von rückfälligen Vätern. Auch Langzeiteffekte zeigen, dass die Verhaltensprobleme jener Kinder, deren Väter auch im weiteren Verlauf abstinent blieben, weiterhin abnahmen. Wurden die Väter jedoch rückfällig, stieg auch gleichzeitig das Risiko für Verhaltensauffälligkeiten bei ihren Kindern (Andreas & O'Farrell, 2007). In der Interviewstudie von Moe et al. (2007) berichten betroffene Kinder selbst, dass das Erreichen der Abstinenz durch den Elternteil einen wesentlichen Beitrag zu einem besseren Leben leisten würde.

3.2.2 Personenbezogene Schutzfaktoren

Resilienzmerkmale

Als besonders bedeutsame, kindbezogene Schutzfaktoren in der Person des Kindes sind die konstitutionellen Resilienzen zu nennen. Der Begriff der Resilienz leitet sich von dem englischen Wort „resilience“ (Spannkraft, Elastizität, Widerstandskraft) ab und bezeichnet allgemein die Fähigkeit, erfolgreich mit besonders ungünstigen Umweltbedingungen und hohem psychosozialen Stress umzugehen und diesen zu bewältigen (Werner, 1986). Das Konzept der Resilienz als psychische Widerstandsfähigkeit beschreibt somit die Fähigkeit einer Person, relativ unbeschadet mit den Folgen belastender Lebensumstände umzugehen und Bewältigungsfähigkeiten entwickeln zu können (Haggerty, Sherrod, Garmezy & Rutter, 1994; Laucht et al., 1997). Resilienz wird in der Regel jedoch nicht als angeborenes, statisches Persönlichkeitsmerkmal eines Kindes verstanden, sondern beschreibt eine Bewältigungskompetenz, die im Laufe der Entwicklung in einer Kind-Umwelt-Interaktion erworben wird (Kumpfer, 1999; Luthar, Cicchetti & Becker, 2000; Rutter, 2001; Velleman & Orford, 1999). Resilienzen sind jedoch nicht nur im Falle einer Risikobelastung positiv wirksam. Auch unter allgemein-förderlichen Entwicklungsbedingungen verfügen Resilienzen über einen positiven Einfluss auf die Entwicklung von Kindern (Brooks, 2006; Laucht et al., 1997).

Als Pionierstudie zur Resilienzforschung gilt die Kauai-Studie (Werner, 1992, 1993; Werner & Smith, 1982). Diese entwicklungspsychologische Langzeitstudie verfolgte die Entwicklung von knapp 700 Kindern von der hawaiianischen Insel Kauai und definierte jene Kinder als Risikokinder, die vier oder mehr Risikofaktoren bis zum Alter von zwei Jahren aufwiesen. Von diesen Risikokindern zeigten zwei Drittel im Alter von zehn Jahren schwerwiegende Lern- und Verhaltensstörungen, oder sie wurden bis zum 18. Lebensjahr straffällig bzw. psychiatrisch auffällig. Ein Drittel der Risiko-Kinder entwickelte sich jedoch trotz Belastungen unauffällig. Werner bezeichnete diese Kinder, die psychisch besonders widerstandsfähig waren, als „invulnerabel“.

Die Ergebnisse der Kauai-Studie führten des Weiteren erstmalig zu einer Identifizierung bestimmter Resilienzmerkmale, welche speziell Kinder aus suchtbelasteten Familien *ohne* auffällige Verhaltensweisen von jenen belasteten Kindern mit Problemverhalten unterschied (Werner, 1986, 1997). Die individuell wichtigsten Resilienzen, die betroffene Kinder vor dysfunktionalen Einflüssen aus dem Elternhaus schützten, sind: 1) Temperament des Kindes, welches positive Aufmerksamkeit hervorruft, 2) eine mindestens durchschnittliche Intelligenz

und ausreichende Kommunikationsfähigkeiten im Schreiben und Lesen, 3) hohe Leistungsorientierung, 4) eine verantwortungsvolle, sorgende Einstellung, 4) ein positives Selbstwertgefühl, 5) internale Kontrollüberzeugungen sowie 6) positive Selbstwirksamkeitserwartungen, d.h. der Glaube an die Möglichkeit, sich selbst helfen zu können. Trotz einiger methodischer Mängel (Vitaro, Dobkin, Carbonneau & Tremblay, 1996) gilt die Kauai-Studie als Meilenstein, die die Basis für viele weitere Untersuchungen in der Resilienzforschung bildet.

Auch Wolin und Wolin (1993, 1995, 1996) untersuchten Resilienzfaktoren bei Kindern aus suchtblasteten Familien und fügen dem traditionellen „Damage Modell“ von belastenden Familiensituationen in ihrem „Challenge Modell“ den Resilienzaspekt hinzu und stellen Vulnerabilität und Resilienz einander gegenüber. Das „Challenge Modell“ postuliert zwei grundsätzlich unterschiedliche Reaktionsweisen von Kindern aus suchtblasteten Familien: nimmt ein Kind die negativen Erfahrungen und Erlebnisse der Familienumwelt als Herausforderung („challenge“) wahr, kann das Kind die Situation aktiv bewältigen und in der weiteren Entwicklung Stärken und Resilienzen aufweisen. Wenn die Familiensituation als vorrangig schädigend und belastend erlebt wird, besteht ein hohes Risiko eines pathologischen Entwicklungsverlaufs. Wolin und Wolin (1993) identifizierten vor dem Hintergrund dieses Modells mithilfe retrospektiver klinischer Interviewdaten bei jenen Personen mit guter psychischer Gesundheit insgesamt sieben Resilienzen, die es Kindern ermöglichen, sich gegen die dysfunktionale Familiensituation aktiv zu schützen und die Probleme kreativ zu bewältigen: 1) Einsicht, 2) Unabhängigkeit, 3) Beziehungsfähigkeit, 4) Initiative, 5) Kreativität, 6) Humor und 7) Moral. *Einsicht* bezieht sich auf die Erkenntnis des Kindes, dass sich das Familienleben anders gestaltet als bei Anderen und weniger vertrauensvoll und sicher ist. Durch das Wissen über Alkohol und seine Effekte entsteht mehr Verständnis für sich selbst und die anderen Familienmitglieder. Einsicht schließt dementsprechend eine Verdrängung des Problems aus. Mit *Unabhängigkeit* wird sowohl die emotionale Distanz (innere Unabhängigkeit) als auch die physische Distanz (z.B. Unternehmungen mit Freunden, sportliche Aktivitäten, Freizeitaktivitäten) zu den familiären Problemen bezeichnet. Eine weitere wichtige Resilienz stellt das Vorhandensein von emotional bedeutsamen Beziehungen zu stabilen Bezugspersonen außerhalb der Familie dar (*Beziehungsfähigkeit*). Mit *Initiative* wird das spielerische Erkunden der Umwelt, das Erkennen von Ursache- und Wirkungszusammenhängen und die Ausübung zahlreicher Aktivitäten außerhalb der Familie sowie die daraus resultierenden Selbstwirksamkeitserwartungen bezeichnet. Die Fähigkeit zur *Kreativität* umfasst die

Möglichkeit, innere Konflikte mit ästhetischen Mitteln auszudrücken und sich vom Alltag abzulenken. *Humor* haben Wolin und Wolin (1993) zufolge viele Kinder in suchtselasteten Familien aufgrund der familiären Verhältnisse oft wenig erlebt, weshalb sie die natürliche Fähigkeit zum Spaß haben und Lachen verlernt haben. Humor kann jedoch, bisweilen auch durch Ironie oder Sarkasmus, zur emotionalen Distanzierung beitragen und weist somit eine entlastende Funktion auf. Als letzter Resilienzfaktor wurde *Moral* identifiziert. Durch die Entwicklung eines eigenen differenzierten und sozial verantwortlichen Werte- und Moralsystems wird den Kindern ein ethischer Rahmen für Bewertungen und Struktur ermöglicht.

In jüngster Zeit konnten die bisher identifizierten Resilienzen repliziert sowie um weitere Merkmale ergänzt werden (van der Kreeft, 2008; Velleman, 2007): 1) ausdrückliches Vorhaben des Kindes, ein anderes Erwachsenenleben zu führen als die Eltern, 2) positives Selbstbild und ausgeprägtes Selbstvertrauen, 3) Gefühl von Sinnhaftigkeit und Orientierung im Leben, Zielgerichtetheit, 4) Selbstständigkeit, 5) Fähigkeit, mit Veränderungen umzugehen, 6) eigene Talente nutzen, 7) Problemlösefähigkeit, 8) Zukunftsbilder kreieren können, 9) Gefühl zu haben, dass man selbst wählen kann, 10) Gefühl, Kontrolle über sein eigenes Leben zu besitzen (internale Kontrollüberzeugungen) sowie 11) Erfolgsmomente, das Gefühl, schon etwas erreicht zu haben.

Als bedeutsame Langzeitstudie zu Risikofaktoren und Resilienz im deutschsprachigen Raum ist die Bielefelder Invulnerabilitätsstudie von Bender und Lösel (1998) zu nennen. Bender und Lösel (1998) entdeckten in dieser Studie mit einer Hochrisikogruppe von Jugendlichen, deren Eltern teilweise Alkoholprobleme hatten, dass ihre Ergebnisse gut mit denen Werners (Werner, 1992; Werner & Smith, 1982) übereinstimmen. Ihre Studie zeigt außerdem, dass potentielle Schutzmechanismen insbesondere dann von großer Bedeutung sind, wenn eine Kumulation einer Vielzahl von Risikofaktoren vorliegt. Je mehr objektive und subjektive Belastungen vorliegen, desto mehr Schutzmechanismen sind seitens der Kinder erforderlich; aber je mehr Risikofaktoren vorliegen, desto geringer ist auch die verbleibende Varianz für mögliche Schutzmechanismen.

Aktuelle Forschungsergebnisse zeigen einen direkten, negativen Zusammenhang zwischen Resilienzen und psychischen Auffälligkeiten (Lee & Cranford, 2008) und verfrühtem Alkoholkonsum (Wong et al., 2006).

Kognitive Schutzfaktoren

Laut Brooks (2006) ist eine Resilienz des Kindes weitestgehend durch die Anwesenheit bestimmter Denkmuster geprägt. Schon Kagan (1984) beschrieb, dass Kinder aus alkoholbelasteten Familien weniger durch das objektive Verhalten oder die Krankheitsdiagnose des Elternteils an sich belastet sind, sondern vielmehr durch die eigene *subjektive Wahrnehmung und Bewertung der dadurch entstehenden Situation*. Auch das „Challenge Modell“ von Wolin und Wolin (1995, 1996) basiert darauf, dass es neben den objektiven Umständen, in denen ein Kind aufwächst, vor allem deren subjektive Bewertung ausschlaggebend dafür ist, wie die weitere Entwicklung des Kindes verläuft. Der subjektiven Wahrnehmung und Bewertung der Situation durch das Kind wird demnach eine zentrale Rolle zugeschrieben. Kumpfer und Summerhays (2006) betrachten die kognitive Umstrukturierung von dysfunktionalen Wahrnehmungen der äußeren Stressoren in herausfordernde Erfahrungen dementsprechend als einen wesentlichen Bestandteil von Maßnahmen für risikobelastete Kinder, um stressvolle Erfahrungen emotional positiver bewerten zu können.

Seefeldt und Lyon (1994) bemängeln, dass Modelle zur Ätiologie psychischer Auffälligkeiten bei Kindern aus alkoholbelasteten Familien keine kognitiven Komponenten in Bezug auf das Selbst beinhalten. Sie entwickelten daher ein Modell, in welchem Verhaltensauffälligkeiten und subjektiv erlebter Stress das Resultat einer komplexen Interaktion von externen Risikofaktoren und *selbstbezogenen Kognitionen* darstellen. Auch Drozd und Dalenberg (1994) befanden, dass eine positive Wahrnehmung des Selbst einen wesentlichen Einfluss darauf ausüben kann, ob ein belastetes Kind in der Lage ist, Vertrauen zu entwickeln und eine hohe Lebenszufriedenheit zu erwerben und somit der Entwicklung einer eigenen alkoholbezogenen Störung vorbeugen kann. Eine positive Selbstwahrnehmung hat diesen Befunden zufolge einen größeren Einfluss auf das psychische Wohlbefinden als die elterliche Alkoholbelastung per se. Petermann (1995) schlägt daher vor, die Umkehrung von dysfunktionalen Gedankenmuster in positive Denkstrukturen in Bezug auf das Selbst als festen integralen Bestandteil in Präventionsprogramme für Kinder aus suchtbelasteten Familien einzubinden. Betroffene Kinder müssen zum Beispiel überzeugt werden, dass das elterliche Verhalten nicht durch ein fehlerhaftes Verhalten ihrerseits entsteht und dass sie auch keine schlechteren Menschen sind als andere Kinder. Nur so ist es letztendlich möglich, Entwicklungsrisiken abzubauen. Emshoff und Price (1999) weisen darauf hin, dass bei Interventionen auch stets zu beachten ist, dass sich Kognitionen bei Kindern und Jugendlichen im Laufe der Zeit altersentsprechend entwickeln. Weil Kinder im

Grundschulalter in der Regel über keine realistische Wahrnehmung in Bezug auf Kausalzusammenhänge besitzen, geben sie sich häufig die Schuld für das elterliche Trinkproblem. Jugendliche haben in der Adoleszenz bereits ein relativ ausgereiftes, negatives Selbstkonzept entwickelt, welches sich oftmals in einem geringen Selbstwertgefühl manifestiert. Die speziellen Bedürfnisse der unterschiedlichen Altersgruppen hinsichtlich der Entwicklung ihrer Selbstkonzepte müssen in Interventionen somit stets berücksichtigt werden.

Weitere kognitive Aspekte, welche bei der Entwicklung von Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten eine tragende Rolle spielen können, wurden erst in jüngster Zeit von der Forschung aufgegriffen und näher beleuchtet. Verschiedene Studien belegen beispielsweise die wichtige Rolle von allgemeinen und sozialen *Selbstwirksamkeitserwartungen* bei der Bewältigung schwieriger Lebensanforderungen (Klein et al., 2003, Klein, 2005a). Selbstwirksamkeitserwartungen bezeichnen die Annahme, aufgrund eigener Kompetenzen gewünschte Handlungen erfolgreich ausführen zu können (Schwarzer & Jerusalem, 2002). Wenn eine Person daran zweifelt, selbst etwas bewirken zu können und in schwierigen Situationen nicht selbständig handeln zu können, entwickelt sich eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung sowie eine erlernte Hilflosigkeit (Klein et al., 2003; Klein, 2005a). Beides tritt insbesondere dann auf, wenn ein Individuum zu wenig Erfahrung mit erfolgreichen Interaktionen macht und es seine Handlungsziele überwiegend nicht durchsetzen kann. Dies trifft für suchtbelastete Familien häufig zu, da in ihnen durch Unvorhersehbarkeiten, Desorganisation und geringe Stabilität innerfamiliärer Stress verursacht wird. Dennoch zeigen aktuelle Untersuchungsergebnisse, dass auch Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung haben können und dass diese als wesentlicher protektiver Faktor zu betrachten ist: in der Untersuchung von Moe et al. (2007) berichten betroffene Kinder, dass es für ihr Wohlbefinden besonders wichtig sei, eine positive Lebenseinstellung zu haben und das Gefühl zu besitzen, später ein besseres Leben als ihr Jetziges wählen zu können. Auch Zobel (2000) bekräftigt den Aufbau von Selbstwirksamkeitserwartungen als zentralen Faktor in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien, da sie dadurch ein Gefühl der Leistungs- und Handlungsfähigkeit erreichen können.

Weitere Studien befassten sich näher mit *Kontrollüberzeugungen* („Locus of Control“) von Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien. Aus Harter (2000) wird ersichtlich, dass das Konzept der Kontrolle eine bedeutsame Rolle für die psychische Gesundheit von betroffenen erwachsenen Kindern spielt. Der Theorie der

Kontrollüberzeugungen von Rotter (1966) zufolge besitzt jeder Mensch eine stabile Neigung, externe oder interne Faktoren für Erfolg und Misserfolg im Leben verantwortlich zu machen. Bei internalen Kontrollüberzeugungen betrachtet sich das Individuum als „Glückes Schmied“ seines eigenen Lebens. Bei vorliegenden externalen Kontrollüberzeugungen hingegen sieht sich das Individuum von den Umständen seines Handelns abhängig. Im Extremfall führt dies zu Ohnmachtsgefühlen sowie zu einer fatalistischen Lebenseinstellung. Trotz kontroverser Forschungsergebnisse (Harter, 2000) machen einige Studien deutlich, dass Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien eher zu externalen Kontrollüberzeugungen neigen (Klein et al., 2003) und dass dies in engem Zusammenhang mit der Entwicklung von internalisierenden Auffälligkeiten steht (Drucker & Greco-Vigorito, 2002; Post & Robinson, 1998). Sofern allerdings vorhanden, liefern interne Kontrollüberzeugungen einen positiven Beitrag dazu, dass betroffene Kinder und Jugendliche eine positive Entwicklung vollziehen. Dies mag damit zusammenhängen, dass interne Kontrollüberzeugungen einen positiven Einfluss auf das Selbstwertgefühl von Kindern aus alkoholbelasteten Familien ausüben, vor allem im Erwachsenenalter (Cermak, 1986; Markowitz & Craig, 1992; Rangarajan, 2008). Ein positives Selbstwertgefühl ist als wesentlicher individueller Schutzfaktor für die psychische Gesundheit eines Kindes zu bezeichnen (Heinrichs, Saßmann, Hahlweg & Perez, 2002).

Um mit schwierigen Lebensumständen und kritischen Ereignissen umzugehen, bedarf es darüber hinaus geeigneter Bewältigungsmechanismen. Brooks (2006) zufolge sind effektive Bewältigungsstrategien ein besonders bedeutsames Resilienzmerkmal. In der Regel gibt es eine Vielzahl von Strategien, wie Menschen schwierige Situationen und Probleme bewältigen und verarbeiten können („*Copingstrategien*“). Die große Anzahl von Bewältigungsmöglichkeiten kann Lazarus und Folkman (1984) gemäß grundsätzlich in zwei verschiedenen Kategorien eingeteilt werden. Die erste Kategorie umfasst das problemfokussierte Coping, in dem betroffene Personen a) sich um Hilfe und weitere Informationen bemühen, b) problemlösend handeln, wie z.B. alternative Pläne erstellen und neue Fertigkeiten zur Problemlösung erlernen und c) nach neuen Aufgaben streben. Beim emotionsfokussierten Coping hingegen betreiben Menschen a) affektive Steuerung, welche sich auf direkte Versuche der Person bezieht, sich nicht durch negative Gefühle beeinträchtigen zu lassen, ambige Gefühle auszuhalten oder im Gegenteil Gefühle zu akzeptieren und intensiv zulassen, b) emotionales Ausleben bzw. Entladen, z.B. durch Schreien, Essen, Rauchen und anderweitiger Substanzkonsum sowie sonstiges „acting out“

und c) resigniertes Akzeptieren bzw. sich seinem Schicksal ergeben fühlen aus dem Entschluss heraus, dass die Situation nicht mehr zu ändern sei.

Da Kinder aus alkoholbelasteten Familien einem Dauerstressgefüge exponiert sind, dürfte es laut Klein et al. (2003) eher ineffektiv sein, in einem überhöhten Ausmaß emotionsregulierende Aktivitäten einzusetzen (z.B. Ärger an anderen auslassen). Als eher günstig ist ein problemlösungsorientiertes Verhalten zu bewerten, wie z.B. die Suche nach sozialer Unterstützung. Auch Clair und Genest (1987) gehen davon aus, dass je mehr problemfokussierte Anstrengungen Kinder aus suchtblasteten Familien verwenden, um das elterliche Alkoholproblem zu bewältigen, desto geringer ist ihr Risiko, Symptome eines psychischen Störungsbildes zu entwickeln. Eine Längsschnittstudie von Seiffge-Krenke (2000) belegt, dass stabile, problemfokussierte Bewältigungsstrategien das Risiko für internalisierende Störungen deutlich senken. Emotionsfokussiertes Coping hingegen kann bei Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien zu einer erhöhten Symptombelastung führen (Orford et al., 2001; Seiffge-Krenke, 2000; Velleman & Templeton, 2003). Markowitz (2004) erklärt die Ursache der negativen Auswirkungen der emotionsfokussierten Strategien auf die psychische Gesundheit mit der fortwährenden Unterdrückung tatsächlicher Gefühle und Bedürfnisse. Verschiedene Studien zeigen allerdings auf, dass Kinder und Jugendliche aus suchtblasteten Familien eher dazu tendieren, passive, emotionsregulierende Verhaltensweisen zur Bewältigung von Konflikten zu nutzen (Amodeo et al., 2007; Clair & Genest, 1987; Orford et al., 2001). Die vermehrte Anwendung emotionsfokussierter Strategien mag darin begründet liegen, dass betroffene Kinder oftmals nicht imstande sind, die sie umgebende, stressvolle Situation aus eigener Kraft zu ändern. Laut Dundas (2000) ziehen betroffene Kinder im Grunde ein aktiv-problemorientiertes Bewältigungsverhalten vor, wenn ihnen die Möglichkeit dazu gegeben ist. Da dies allerdings oft nicht mehr möglich ist, versuchen sie durch emotionsfokussierte Strategien stressvolle Situationen zu bewältigen.

Aus den Studien von Velleman et al. (2008) und Templeton et al. (2009) wird jedoch deutlich, dass auch emotionsfokussierte Bewältigungsstrategien von betroffenen Kindern und Jugendlichen als sehr unterstützend erlebt werden. Viele betroffene Kinder und Jugendliche berichten, sich häufig von ihren Problemen abzulenken, zurückzuziehen oder ihren Emotionen freien Lauf zu lassen, und dies auch als sehr effektiv bewerten. Vielhaber (1996) berichtet ebenso von emotionsbezogenen Bewältigungsstrategien, die betroffenen Kindern bei der Bewältigung und Verarbeitung ihrer Probleme tatsächlich helfen können. Hall (2007)

sowie Templeton et al. (2009) befanden in ihren Studien, dass Jugendliche und erwachsene Kinder aus alkoholbelasteten Familien einen positiven Nutzen aus einer kognitiven Umstrukturierung zur Wahrnehmung der Situation vom Negativen ins Positive zu ziehen, während sie trotzdem die Realität als Gegeben akzeptieren. Emshoff und Price (1999) zufolge sind emotionsfokussierte Bewältigungsfähigkeiten für Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien von großem Belang, eben weil diese Kinder und Jugendlichen keinerlei Kontrolle auf das elterliche Trinkverhalten und die damit einhergehenden familialen Konsequenzen ausüben können. Ideal erscheint es somit, betroffene Kinder und Jugendliche in sowohl adäquaten emotionsfokussierten Strategien (z.B. Abstand suchen, kognitive Umstrukturierung zur Wahrnehmung der Situation) als auch in problemfokussierten Bewältigungsverfahren (z.B. Unterstützung suchen, Umgang mit schwierigen Situationen, wie beispielsweise das Genieren vor Freunden aufgrund des elterlichen Verhaltens oder „Nein“ sagen, wenn der betrunkene Elternteil möchte, dass das Kind mit dem Auto mitfährt) zu stärken, um so einer Entstehung von psychischen Störungen vorbeugen zu können. Werner und Johnson (2004) bestätigen die Bedeutsamkeit von verschiedenen, erfolgreichen Copingstrategien in aktuellen Ergebnissen der Kauai-Langzeitstudie: diejenigen Kinder, die das Trauma, in einer alkoholbelasteten Familien aufgewachsen zu sein, erfolgreich bewältigt hatten, haben sich im Erwachsenenalter zu kompetenten, selbstbewussten und fürsorglichen Persönlichkeiten entwickelt.

3.2.3 Übersicht

Tabelle 2 enthält eine Zusammenstellung von Faktoren, denen aufgrund bisher vorliegender Erkenntnisse eine protektive Wirkung für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien zugeschrieben wird.

Tabelle 2

Umgebungs- und personenbezogene Schutzfaktoren für positive Entwicklungsverläufe bei Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien nach dem aktuellen Erkenntnisstand

Schutzfaktoren	Autoren
<i>Umgebungsbezogene Schutzfaktoren</i>	
Soziale Netzwerke/Beziehungen zu anderen Personen	Walker & Lee (1998) Zobel (2000) Klein et al. (2003) Werner & Johnson (2004) Klein (2005a) Edwards et al. (2006) Moe et al. (2007)
Geringe Exposition gegenüber dem elterlichen Trinken	Zobel (2000) Ritter et al. (2002) Klein et al. (2003) Andreas et al. (2006) Andreas & O'Farrell (2007) Moe et al. (2007)
<i>Personenbezogene Schutzfaktoren</i>	
<i>Resilienzen</i>	
Resilienzmerkmale	Werner & Smith (1982) Werner (1986, 1992, 1993, 1997) Wolin und Wolin (1993, 1995, 1996) Haggerty et al. (1994) Laucht et al. (1997) Bender & Lösel (1998) Velleman (2007) Lee & Cranford (2008)
<i>Kognitive Schutzfaktoren</i>	
Subjektive Wahrnehmung und Bewertung der Situation	Kagan (1984) Wolin & Wolin (1995, 1996) Klein et al. (2003) Kumpfer & Summerhays (2006)

Positive Wahrnehmung des Selbst	Drozd & Dalenberg (1994) Petermann (1995) Laucht et al. (1997) Bender & Lösel (1998)
Selbstwirksamkeitserwartungen	Zobel (2000) Klein et al. (2003) Klein (2005a) Moe et al. (2007)
Internale Kontrollüberzeugungen	Cermak (1986) Post & Robinson (1998) Harter (2000) Drucker & Greco-Vigorito (2002) Markowitz & Craig (1992) Rangarajan (2008)
Effektive Bewältigungsstrategien	Clair & Genest (1987) Emshoff & Price (1999) Dundas (2000) Seiffge-Krenke (2000) Orford et al. (2001) Klein et al. (2003) Velleman & Templeton (2003) Werner & Johnson (2004) Markowitz (2004) Amodeo et al. (2007) Velleman et al. (2008)

3.3 Zusammenfassung und Fazit

In der bisherigen Forschung zu Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien konnte bisher eine Reihe von Risiko- und Schutzfaktoren identifiziert werden, die eine Entwicklung suchtsbezogener oder psychischer Störungsbilder begünstigen oder abmildern konnten. Diese Faktoren sind oftmals in der Umgebung des betroffenen Kindes aufzufinden und beziehen sich häufig auf Effekte in der Familie, in welcher das Kind aufwächst. Diese Effekte sind direkt beeinflusst durch den Alkoholkonsum des abhängigen Elternteils oder hängen mit Dynamiken zusammen, die durch die Abhängigkeitserkrankung des Elternteils entstehen. Andere Risiko- und Schutzfaktoren sind in der Person des Kindes zu finden und beziehen sich auf genetische, persönlichkeits- oder temperamentsbezogene Variablen.

In der jüngeren Forschung finden sich ebenso erstmals Hinweise darauf, dass auch kognitive Faktoren, wie z.B. Selbstschemata oder Bewältigungsstrategien, eine entscheidende Rolle in der Entwicklung psychischer Auffälligkeiten bzw. in der Aufrechterhaltung der psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien spielen können. Eindeutige Hinweise hierzu liegen jedoch bislang nicht vor. Um diese Lücke in der Forschung zu schließen, sollen in der vorliegenden Untersuchung derartige kognitive Faktoren im Kontext von Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien näher beleuchtet werden.

EMPIRISCHER TEIL

Die vorliegende Untersuchung fand im Rahmen des europaweiten Projektes „Reducing Harm and Building Capacities for Children Affected by Parental Alcohol Problems in Europe“ (Akronym: ChAPAPs = Children Affected by Parental Alcohol Problems; deutscher Titel: “Kinder und Alkohol in der Familie - Gesundheitsförderung und Schadensbegrenzung”) statt. Dieses europäische Projekt wurde von August 2007 bis Juli 2010 vom Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP) an der Katholischen Hochschule NRW (KatHO NRW) geleitet und koordiniert und von der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz (DG SANCO) der Europäischen Kommission im Bereich öffentliche Gesundheit finanziell unterstützt.

Übergeordnetes Ziel und Aufgabe des Projektes war es, negative gesundheitliche Konsequenzen für Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien, die durch den elterlichen Alkoholmissbrauch verursacht wurden, zu vermeiden bzw. zu vermindern. Um dieses Ziel zu erreichen, war das Projekt in neun Teilprojekte unterteilt, die sich entweder auf die praktische Arbeit mit betroffenen Kindern konzentrierten oder einen empirischen Forschungsschwerpunkt hatten. Die damit verbundenen Aufgaben wurden auf 20 Projektpartner aus 17 EU-Ländern verteilt. Ein wesentliches Teilprojekt war die empirische Analyse der Auswirkungen der elterlichen Alkoholproblematik auf die Gesundheit ihrer Kinder. Die vorliegende Studie und ihre Ergebnisse basieren auf der Datenerhebung innerhalb dieses empirischen Teilprojektes, beziehen sich jedoch ausschließlich auf in der Bundesrepublik Deutschland erhobene Daten.

4. Fragestellungen und Hypothesen der Untersuchung

Bisherige Forschungsergebnisse weisen auf, dass Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien in ihrer familiären Umgebung einer Reihe von belastenden Umständen ausgesetzt sind, die negative Auswirkungen auf ihre Entwicklung haben können (z.B. Barnow et al., 2001, 2002, 2004; Furtado et al., 2002; Klein et al. 2003; Templeton et al., 2009; Velleman et al., 2008; Zobel, 2000). Hierbei zeigt sich, dass betroffene Kinder und Jugendliche nicht nur als die größte Risikogruppe für die Entwicklung einer eigenen Suchtstörungen gelten (Grant, 2000; Klein & Zobel, 1999; Klein, 2005; Sher, 1991; Windle & Searles, 1990; Zobel, 2006), sondern häufig auch andere psychische Störungen mit klinischer Relevanz entwickeln (z.B. Barnow et al., 2001; Cuijpers et al., 1999; Diaz et al., 2008; Hill et al., 2008; Klein et al., 2003; Marmorstein et al., 2008). Ein großer Anteil der bisherigen Forschung hat sich der Untersuchung von Risiko- und Schutzfaktoren gewidmet, welche sich entweder in der unmittelbaren Umgebung der betroffenen Kinder oder in deren Persönlichkeitsstruktur befinden und die einen pathologischen Entwicklungsverlauf der Kinder begünstigen oder verhindern bzw. mildern können. Einige wenige Studien haben überdies belegt, dass auch kognitive Faktoren, wie z.B. negative Gedanken in Bezug auf das Selbst oder ineffektive Bewältigungsstrategien, den Entwicklungsverlauf betroffener Kinder und Jugendlicher negativ beeinflussen können. Gleichzeitig wurde befunden, dass positive Gedanken in Bezug auf das Selbst, positive Selbstwirksamkeitserwartungen oder effektive Bewältigungsstrategien als wesentlicher Schutzfaktor für die weitere Entwicklung betroffener Kinder und Jugendlicher gelten können (z.B. Bender & Lösel, 1998; Klein et al., 2003; Velleman & Templeton, 2003, Amodeo et al, 2007; Velleman et al., 2008). Detaillierte Forschungsergebnisse zu kognitiven Faktoren, die in der Entstehung psychischer Auffälligkeiten bzw. in der Aufrechterhaltung der psychischen Gesundheit im Kontext von Kindern und Jugendlichen aus suchbelasteten Familien eine wichtige Rolle spielen können, liegen bis dato jedoch nicht vor.

In der vorliegenden Untersuchung, die einerseits Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien sowie andererseits Kinder und Jugendliche aus diesbezüglich unbelasteten Familien studiert, sollen daher in erster Linie kognitive Muster, die zu einem pathologischen Entwicklungsverlauf von Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien beitragen bzw. diesen verhindern können, vertiefend erforscht werden. Hierbei soll vor allem auf Bewältigungsstrategien und Selbstwirksamkeitserwartungen sowie auf wesentliche Elemente aus der kognitiven Therapie nach Beck (Beck & Clark, 1988; Beck et

al., 1999), z.B. dysfunktionale Schemata und automatische Gedanken, fokussiert werden. Darüber hinaus soll die Bedeutung von familiären Merkmalen aus der Eltern-Kind-Beziehung für die psychische Gesundheit betroffener Kinder und Jugendlichen beleuchtet werden.

Die vorliegende Arbeit beinhaltet zunächst eine Replikation der Befunde, dass Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien über eine höhere psychische Symptombelastung verfügen als Kinder und Jugendliche aus diesbezüglich unauffälligen Familien. Dies bezieht sich auf sowohl internalisierende als auch externalisierende Störungsbilder sowie auf den eigenen Alkoholkonsum. Im Anschluss werden die kognitiven Muster der betroffenen Kinder und Jugendlichen sowie die der unbelasteten Kinder und Jugendlichen analysiert und miteinander verglichen. Als zentraler Bestandteil der Studie wird die Bedeutung der kognitiven Muster für die psychische Symptombelastung bei Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien untersucht. Des Weiteren werden mögliche Unterschiede in der Eltern-Kind-Beziehung in den beiden verschiedenen Gruppen untersucht und deren Bedeutung für psychische Auffälligkeiten bei betroffenen Kindern und Jugendlichen analysiert.

Zusätzlich zu den oben genannten Vorhaben werden explorativ zwei Falldarstellungen von alkoholbelasteten Familien beleuchtet. Hierzu werden die Angaben der Kinder und Jugendlichen aus den beiden Familien in Hinblick auf psychische Gesundheit, kognitive Variablen und Variablen der dyadischen Eltern-Kind-Beziehung beschrieben und mit den Angaben ihrer Eltern verglichen. So können zusätzliche Ergebnisse gewonnen werden, die die Sicht einer vollständigen familialen Triade integrieren und miteinander in Beziehung setzen.

4.1 Primäre Fragestellungen und Hypothesen

In Anlehnung an das oben beschriebene Vorhaben lassen sich die unten aufgeführten primären und sekundären Fragestellungen und Hypothesen¹ formulieren. Die primären Fragestellungen und Hypothesen beziehen sich auf die Untersuchung von Konstrukten, die

¹ Bei den genannten Primär- und Sekundärhypothesen der vorliegenden Arbeit handelt es sich immer um die Alternativhypothese. Die Nullhypothese ist bekanntlich „[...] eine Negativhypothese, mit der behauptet wird, dass die zur Alternativhypothese komplementäre Aussage richtig sei“ (Bortz, 1999, S. 109) und ergibt sich somit jeweils aus der Alternativhypothese.

den Fokus der vorliegenden Arbeit darstellen. Die sekundären Fragestellungen und Hypothesen beziehen sich auf zu analysierende Konstrukte, die darüber hinaus von Interesse sind. Die lediglich explorativ zu prüfenden Fallbeispiele werden nicht in die Hypothesenformulierung einbezogen.

4.1.1 Verhaltensauffälligkeiten

Fragestellung 1: Zeigen Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien mehr Verhaltensauffälligkeiten als Kinder und Jugendliche aus unbelasteten Familien?

Aus dieser Fragestellung lassen sich auf Basis bisheriger Forschungsergebnisse folgende Hypothesen ableiten:

Hypothese 1: Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien zeigen eine signifikant höhere psychische Symptombelastung (Gesamtproblembelastung, „Emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivität“, „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“, „Prosoziales Verhalten“) als Kinder und Jugendliche aus unbelasteten Familien.

Zusätzlich werden geschlechts- und altersspezifische Unterschiede in Hinblick auf die psychische Symptombelastung *innerhalb* der Gruppe von Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien untersucht.

Hypothese 2: Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien konsumieren mehr Alkohol (in Hinblick auf Lebenszeitprävalenz und „binge drinking“ im letzten Monat) als Kinder und Jugendliche aus unbelasteten Familien.

Außerdem werden geschlechts- und altersspezifische Unterschiede in Hinblick auf das Konsumverhalten *innerhalb* der Gruppe von Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien untersucht.

4.1.2 Kognitive Faktoren

Die vorliegende Studie verfolgt eine detaillierte Untersuchung dysfunktionaler und positiver kognitiver Faktoren (i.e. Bewältigungsstrategien, Selbstwirksamkeitserwartungen, dysfunktionale Schemata, automatische Gedanken), die möglicherweise einen Einfluss auf die

psychische Gesundheit der betroffenen Kinder und Jugendlichen ausüben. Hieraus ergeben sich folgende Fragestellungen und Hypothesen:

Fragestellung 2: Unterscheiden sich Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien von Kindern und Jugendlichen aus diesbezüglich unbelasteten Familien in Hinblick auf kognitive Muster (Bewältigungsstrategien, Selbstwirksamkeitserwartungen, dysfunktionale Schemata, automatische Gedanken)?

Aus dieser Fragestellung ergeben sich folgende Hypothesen:

Hypothese 3: Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien unterscheiden sich in ihrer Verwendung von effektiven Bewältigungsstrategien („Ablenkung“, „Sozialer Rückzug“, „Kognitives Umordnen“, „Beschuldigung der Anderen“, „Problemlösen“, „Affektäußerung“, „Soziale Unterstützung“) im Umgang mit einem allgemeinen, nicht auf die elterliche Sucht bezogenen, Problem signifikant von Kindern und Jugendlichen aus unbelasteten Familien.

Hypothese 4: Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien unterscheiden sich in ihrer Verwendung von ineffektiven Bewältigungsstrategien („Selbstkritik“, „Wunschdenken“, „Resignation“) im Umgang mit einem allgemeinen Problem signifikant von Kindern und Jugendlichen aus unbelasteten Familien.

Hypothese 5: Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien verfügen über signifikant weniger Selbstwirksamkeitserwartungen als Kinder und Jugendliche aus unbelasteten Familien.

Hypothese 6: Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien verfügen über signifikant mehr dysfunktionale Schemata („Minderwertigkeit“, „Persönliche Vulnerabilität“, „Persönliche Fähigkeiten²“, „Schutzbedürftigkeit“) als Kinder und Jugendliche aus unbelasteten Familien.

Hypothese 7: Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien verfügen über signifikant mehr negative automatische Gedanken (in Bezug auf „Negative Selbstaussagen“) als Kinder und Jugendliche aus unbelasteten Familien.

² Die Begründung warum „Persönliche Fähigkeiten“ in diesem Zusammenhang als dysfunktionales Schema verstanden wird, wird in Abschnitt 5.3.1.8 näher erläutert.

Hypothese 8: Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien verfügen über signifikant weniger positive automatische Gedanken (in Bezug auf „Wohlbefinden“ und „Selbstvertrauen“) als Kinder und Jugendliche aus unbelasteten Familien.

Zusätzlich werden geschlechts- und altersspezifische Unterschiede in Hinblick auf kognitive Faktoren *innerhalb* der Gruppe von Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien beleuchtet.

Als Herzstück der vorliegenden Arbeit soll *innerhalb* der belasteten Gruppe die Bedeutung kognitiver Faktoren für die psychische Symptombelastung von den Kindern und Jugendlichen näher analysiert werden. Daraus ergibt sich folgende Fragestellung:

Fragestellung 3: Welche Bedeutung besitzen kognitive Muster für die psychische Symptombelastung von Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien?

Aus dieser Fragestellung ergeben sich folgende Hypothesen:

Hypothese 9: Je häufiger Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien effektive Bewältigungsstrategien („Ablenkung“, „Sozialer Rückzug“, „Kognitives Umordnen“, „Beschuldigung der Anderen“, „Problemlösen“, „Affektäußerung“, „Soziale Unterstützung“) für den Umgang mit dem elterlichen Suchtproblem verwenden, desto geringer ist ihre psychische Symptombelastung.

Hypothese 10: Je häufiger Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien ineffektive Bewältigungsstrategien („Selbstkritik“, „Wunschdenken“, „Resignation“) für den Umgang mit dem elterlichen Suchtproblem verwenden, desto höher ist ihre psychische Symptombelastung.

Hypothese 11: Je mehr Selbstwirksamkeitserwartungen Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien besitzen, desto geringer ist ihre psychische Symptombelastung.

Hypothese 12: Je stärker die Ausprägung der dysfunktionalen Schemata („Minderwertigkeit“, „Persönliche Vulnerabilität“, „Persönliche Fähigkeiten“, „Schutzbedürftigkeit“) bei Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien ist, desto höher ist ihre psychische Symptombelastung.

Hypothese 13: Je mehr negative automatische Gedanken Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien (in Bezug auf „Negative Selbstaussagen“) haben, desto höher ist ihre psychische Symptombelastung.

Hypothese 14: Je mehr positive automatische Gedanken Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien (in Bezug auf „Wohlbefinden“ und „Selbstvertrauen“) haben, desto geringer ist ihre psychische Symptombelastung.

Bei den in Hypothesen 11 bis 14 erwarteten Zusammenhängen sollte es sich um für die belastete Untersuchungsgruppe spezifische Phänomene handeln. Dementsprechend sollten sich solche Zusammenhänge nicht innerhalb der unbelasteten Kontrollgruppe finden lassen.

4.2 Sekundäre Fragestellungen und Hypothesen

Zusätzlich zu den kognitiven Faktoren sollen Variablen aus der Eltern-Kind-Beziehung sowie deren Bedeutung für eine psychische Symptombelastung der betroffenen Kinder und Jugendlichen näher untersucht werden. Hieraus ergeben sich folgende Fragestellungen und Hypothesen:

Fragestellung 4: Sammeln Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien in ihrer Beziehung zu ihren Eltern mehr negative Erfahrungen als Kinder und Jugendliche aus unbelasteten Familien?

Aus dieser Fragestellung ergibt sich folgende Hypothese:

Hypothese 15: Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien erleben eine signifikant negativere Eltern-Kind-Beziehung (in Hinblick auf „Kontrolle“ durch die Eltern, „Kommunikation“ mit den Eltern, Übereinstimmung bei „Wert- und Normvorstellungen“, „Investment“ von den Kindern für die Eltern, erlebte „Verlässlichkeit im Alltag“ durch die Eltern, „Emotionale Ambivalenz“ gegenüber den Eltern) als Kinder und Jugendliche aus unbelasteten Familien.

Zusätzlich sollen geschlechts- und altersspezifische Unterschiede in Bezug auf Variablen der Eltern-Kind-Beziehung *innerhalb* der Gruppe von Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien untersucht werden.

Des Weiteren soll ebenso *innerhalb* der belasteten Gruppe die Bedeutung von Variablen aus der Eltern-Kind-Beziehung für die Symptombelastung der Kinder und Jugendlichen näher analysiert werden. Daraus ergibt sich folgende Fragestellung:

Fragestellung 5: Welche Bedeutung besitzen Variablen der Eltern-Kind-Beziehung für die psychische Symptombelastung von Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien?

Aus dieser Fragestellung ergibt sich folgende Hypothese:

Hypothese 16: Je mehr negative Erfahrungen Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien in der Eltern-Kind-Beziehung sammeln (in Hinblick auf „Kontrolle“ durch die Eltern, „Kommunikation“ mit den Eltern, Übereinstimmung bei „Wert- und Normvorstellungen“, „Investment“ von den Kindern für die Eltern, erlebte „Verlässlichkeit“ durch die Eltern, „Emotionale Ambivalenz“ gegenüber Eltern), desto höher ist ihre psychische Symptombelastung.

Es wird vermutet, dass es sich bei diesem angenommenen Zusammenhang um ein für die belastete Untersuchungsgruppe spezifisches Phänomen handelt. Demzufolge sollte sich ein solcher Zusammenhang nicht innerhalb der unbelasteten Kontrollgruppe zeigen.

Zuletzt soll beleuchtet werden, ob sich weitere Aspekte der Resilienz, wie z.B. „Prosoziales Verhalten“ oder das Zusammenleben mit Eltern und Geschwistern, auf die psychische Symptombelastung der betroffenen Kinder und Jugendlichen auswirken.

5. Methode

5.1 Stichprobenbeschreibung

Das Kernstück der vorliegenden Studie beruht auf einer Fragebogenuntersuchung mit Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien, welche im Zeitraum Juni 2008 bis Dezember 2009 vom DISuP im Rahmen der ChAPAPs-Studie durchgeführt wurde. Um die Daten der betroffenen Kinder und Jugendlichen aussagekräftiger interpretieren zu können, werden Ergebnisse dieser Untersuchungsgruppe (UG) mit jenen einer gleichaltrigen, unbelasteten Kontrollgruppe (KG) verglichen.

Neben der Untersuchung mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen und den unbelasteten Kindern und Jugendlichen aus der KG, werden ferner exemplarisch bei zwei alkoholbelasteten Familien aus der UG nicht nur die Daten der Kinder, sondern auch die Angaben von deren Eltern näher beleuchtet, d.h. sowohl vom abhängigen Elternteil als auch vom nicht-abhängigen Elternteil. Die Daten der Eltern wurden im Rahmen telefonischer Interviews durch geschulte Interviewer durchgeführt. Diese zusätzliche Untersuchung von zwei Fallbeispielen erlaubt es, verschiedene Sichtweisen der familialen Triade einzubeziehen und diese miteinander zu vergleichen.

5.1.1 Jugendliche

5.1.1.1 Untersuchungsgruppe

Die Gesamtstichprobe der UG bestand ursprünglich aus insgesamt 89 Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien im Alter zwischen 11 und 19 Jahren. Zu den Einschlusskriterien der Studie gehörte, dass diese Kinder und Jugendlichen aus der UG mindestens einen Elternteil³ mit Alkoholproblemen haben. Der Terminus „Alkoholproblem“

³ Zur Erklärung: Der Begriff „Elternteil“ umfasste in der vorliegenden Untersuchung nur den alkoholkranken, leiblichen Elternteil der Kinder und Jugendlichen, jedoch nicht den/die Adoptiv-, Pflege-, Stiefvater oder -mutter bzw. den Lebensgefährten der Mutter oder die Lebensgefährtin des Vaters. Im Fragebogen der Studie (s. Anhang 2) steht jedoch geschrieben: „ACHTUNG: Bei allen kommenden Fragen im Fragebogen, in denen nach Deinen „Eltern“, bzw. „Vater“ oder „Mutter“ gefragt wird, meinen wir die Erziehungspersonen, mit der Du in den letzten zwei Jahren hauptsächlich zusammengelebt hast. Es kann also auch Dein Stief-, Adoptiv- oder Pflegevater oder der Partner Deiner Mutter, der bei Euch lebt gemeint sein bzw. Deine Stief-, Adoptiv- oder Pflegemutter oder die Partnerin Deines Vaters, die bei Euch lebt!“ Für die vorliegende Arbeit galt dies jedoch nicht. Machten Kinder und Jugendliche aus der UG somit Angaben zu alkoholkranken Stief-, Pflege- oder Adoptiveltern bzw. Lebenspartner des Elternteils, wurden sie für die hier beschriebene Studie nicht weiter berücksichtigt. Dies war bei einem befragten Mädchen der Fall.

beinhaltete in der vorliegenden Untersuchung, dass beim betroffenen Elternteil die ärztliche Hauptdiagnose „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2) oder „schädlicher Gebrauch“ nach ICD-10 (F10.1) gestellt wurde. Der suchtkranke Elternteil befand sich während der Untersuchung wegen des Alkoholproblems in Behandlung oder war vor der Studie in ambulanter oder stationärer Behandlung in einer der folgenden, mit der Projektleitung kooperierenden Einrichtungen (s. Tabelle 3).

Tabelle 3

Name und Standort der stationären und ambulanten Einrichtungen, über welche die Stichprobe der UG rekrutiert wurde

Name der Einrichtung	Standort
<i>Stationäre Einrichtungen</i>	
AHG Klinik Tönisstein	53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Fachklinik Fredeburg	57392 Schmallenberg-Bad Fredeburg
Fachklinik Gut Zissendorf	53773 Hennef (Sieg)
Fachkrankenhaus Hansenbarg	21271 Hanstedt/Buchholz in der Nordheide
Fontane-Klinik Motzen	15749 Mittenwalde
Klinik Schloss Falkenhof	64625 Bensheim
Kliniken Wied	57629 Wied
Psychosomatische Klinik Bergisch-Gladbach	51469 Bergisch-Gladbach
Fachklinik Kamillushaus	45239 Essen-Heidhausen
salus klinik Friedrichsdorf	61381 Friedrichsdorf
salus klinik Lindow	16835 Lindow
<i>Ambulante Einrichtungen</i>	
Caritas Kleve	47533 Kleve
Caritas/Diakonie Bonn	53113 Bonn
Diakonie Düsseldorf	40233 Düsseldorf
Kreuzbund Diözesanverband Aachen	52066 Aachen

Weitere psychische Störungen außer der alkoholbezogenen Störung konnten beim betroffenen Elternteil als Zusatz- oder Nebendiagnosen vorhanden sein, duften allerdings nicht im Vordergrund stehen. Kinder und Jugendliche, deren betroffener Elternteil an Depressionen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen (z.B. antisoziale Persönlichkeitsstörungen) oder anderen substanzbezogenen Störungen leidet, konnten somit an der Untersuchung teilnehmen, sofern diese Störungen nicht die Hauptdiagnose darstellen. Eine elterliche unvollständig remittierte Störung aus dem schizophrenen Formenkreis oder schwere Formen affektiver Störungen waren jedoch ein Ausschlusskriterium.

Darüber hinaus war es für die vorliegende Studie Voraussetzung, dass das Kind oder der Jugendliche in den letzten zwei Jahren mindestens ein halbes Jahr mit dem suchtkranken Elternteil im selben Haushalt zusammengelebt hat und somit dessen Suchterkrankung mindestens über diesen Zeitraum hinweg exponiert war.

Als nächstes Einschlusskriterium musste das teilnehmende Kind oder der teilnehmende Jugendliche in der Lage sein, den Fragebogen korrekt auszufüllen, d.h. es sollte keine Intelligenzminderung oder geistige Behinderung vorliegen und das Kind oder der Jugendliche sollte über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen.

Letztes Einschlusskriterium war die schriftliche Einverständniserklärung der Eltern für die Teilnahme an der Studie sowie die schriftlich festgehaltene Teilnahmebereitschaft des Kindes oder des Jugendlichen. Für 18- oder 19-jährige Jugendliche war eine schriftliche Einverständniserklärung der Eltern nicht mehr notwendig. Abbildung 4 fasst die Einschlusskriterien für die UG zusammen.

Abbildung 4

Einschlusskriterien für die UG

Mindestens ein Elternteil hat die Hauptdiagnose „Alkoholabhängigkeit“ (ICD: F10.2) oder „schädlicher Gebrauch“ von Alkohol (ICD: F10.1).

Voraussetzung ist die alkoholbezogene Hauptdiagnose. Andere Störungen durch psychotrope Substanzen können als Zusatz-/ Nebendiagnosen vorkommen.

Elternteil muss nicht aktuell in Behandlung sein.

Elternteil hat keine schwerwiegende psychische Begleiterkrankung.

Z.B. unvollständig remittierte Störung aus dem schizophrenen Formenkreis oder schwere Form affektiver Störungen.

Entscheidend ist, dass keine andere psychische Erkrankung im Vordergrund steht. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen oder Angststörungen können eingeschlossen werden.

Elternteil hat leibliche(s) Kind(er) im Alter zwischen 11-19 Jahren.

Elternteil hat in den letzten 2 Jahren mindestens 6 Monate mit dem Kind/Jugendlichen in einem Haushalt gelebt.

Kind/Jugendlicher ist in der Lage, an der Untersuchung teilzunehmen.

D.h. ausreichende Deutschkenntnisse,

keine mittelgradige, schwere, schwerste Intelligenzminderung bzw. geistige Behinderung.

Schriftliche Einverständniserklärung der Eltern und des Kindes/Jugendlichen für die Teilnahme an der Studie.

Nach der Datenerhebung sollte für die Ergebnisauswertung bei den Kindern und Jugendlichen aus der UG sichergestellt werden, dass nicht nur tatsächlich eine väterliche oder mütterliche diagnostizierte, alkoholbezogene Suchterkrankung vorlag, sondern dass diese auch von den Kindern bzw. Jugendlichen wahrgenommen wurde. Dies geschah mithilfe des Selbstbeurteilungs-Screeninginstruments Children of Alcoholic Screening Test (CAST) (Jones, 1982; Pilat & Jones, 1985; s. 5.3.1.2). Erreichte ein Kind oder ein Jugendlicher aus der UG einen niedrigeren Wert als den kritischen Cut-Off Wert von 5 Punkten für einen der beiden Elternteile oder machte beim CAST mehr als zwei fehlende Angaben, wurde er nicht in die weiteren statistischen Analysen einbezogen. Dies führte zu einem Ausschluss von acht Jugendlichen.

Außerdem wurde anhand der im Fragebogenheft integrierten Frage „Hast Du in den letzten zwei Jahren mit dem Elternteil, der Alkoholprobleme hat, zusammengelebt?“

(Antwortmöglichkeiten: „Ja, die ganze Zeit“, „Ja, länger als ein Jahr“, „Ja, länger als ein halbes Jahr“, „Ja, aber weniger als ein halbes Jahr“ und „Nein“) zusätzlich kontrolliert, dass das Kind oder der Jugendliche tatsächlich den Einschlusskriterien gemäß mit dem alkoholabhängigen Elternteil in den letzten zwei Jahren mindestens 6 Monate in einem Haushalt zusammengelebt hat. Hatte der Jugendliche die Antwortmöglichkeit „Ja, aber weniger als ein halbes Jahr“ oder „Nein“ gewählt, wurde er aus der weiteren Ergebnisauswertung ausgeschlossen. Aufgrund dieses zusätzlich formulierten Kriteriums mussten sieben weitere Kinder und Jugendliche der UG aus weiteren Analysen ausgeschlossen werden.

Darüber hinaus musste für die vorliegende Untersuchung sichergestellt sein, dass alle Angaben der Kinder und Jugendlichen zu den Eltern (z.B. zu Berufstätigkeit oder zu ihrem Verhältnis zu ihren Eltern) auch tatsächlich den alkoholabhängigen, leiblichen Elternteil betreffen und nicht möglicherweise einen nicht-abhängigen Stiefelternteil oder den nicht-abhängigen Lebenspartner des nicht-abhängigen Elternteils, mit dem die Kinder ebenfalls (zumindest teilweise) zusammenleben oder zusammengelebt haben. Daher wurde anhand der Angaben der Kinder auf die Frage „Mit wem lebst Du zurzeit zusammen in einem Haushalt?“ überprüft, ob die Kinder und Jugendlichen aktuell mit dem abhängigen, leiblichen Elternteil zusammenlebten. War dies nicht der Fall, musste ausgeschlossen werden, dass Stiefeltern oder Lebenspartner des nicht-abhängigen Elternteils mit dem Kind zusammenlebten, da sich Angaben des Kindes auf diese Personen beziehen könnten. Aus diesem Grund musste ein weiterer Jugendlicher für weitere Analysen ausgeschlossen werden.

Die Stichprobe der UG besteht somit letztlich aus insgesamt 72 Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien zwischen 11 und 19 Jahren. Die soziodemographischen Merkmale der UG sind in Tabelle 4 zusammengefasst.

Tabelle 4

Soziodemographische Merkmale der Kinder und Jugendlichen aus der UG

	UG
N	72
Alter in Jahren (M (SD); range)	15.17 (2.04); 11-19
Geschlecht	
Mädchen	42 (58,3%)
Jungen	30 (41,7%)
Schulform	
Gymnasium	21 (29,2%)
Gesamtschule	6 (8,3%)
Realschule	15 (20,8%)
Hauptschule	10 (13,9%)
Berufsschule	10 (13,9%)
Andere Schule	5 (6,9%)
Gehen nicht mehr zur Schule	4 (5,6%)
Mit leiblichen Eltern zusammenlebend	
Ja	41 (56,9%)
Nein	31 (43,1%)
Erwerbstätigkeit Vater	
Erwerbstätig	51 (70,8%)
Hausmann	2 (2,8%)
Arbeitslos	7 (9,7%)
Aus anderen Gründen nicht berufstätig	7 (9,7%)
Hat keinen Vater	4 (5,6%)
keine Angabe	1 (1,4%)

Erwerbstätigkeit Mutter	
Erwerbstätig	48 (66,7%)
Hausfrau	13 (18,1%)
Arbeitslos	4 (5,6%)
Aus anderen Gründen nicht berufstätig	5 (6,9%)
Hat keine Mutter	-
keine Angabe	1 (1,4%)
Finanzielle Möglichkeiten der Familie aus Sicht des Kindes	
Familie kann sich sehr viel mehr leisten als andere Familien	1 (1,4%)
Familie kann sich mehr leisten als andere Familien	11 (15,3%)
Familie kann sich gleich viel leisten wie andere Familien	31 (43,1%)
Familie kann sich weniger leisten als andere Familien	19 (26,5%)
Familie kann sich viel weniger leisten als andere Familien	4 (5,6%)
keine Angabe	3 (4,2%)

Innerhalb der UG liegen keine signifikanten Unterschiede in der Geschlechterverteilung vor ($\chi^2 = 2.0$, $df = 1$, $p = .16$).

Wie aus Tabelle 5, die die Merkmale der elterlichen Alkoholproblematik in der UG zusammenfasst, ersichtlich wird, haben 32 (44,4%) der befragten Kindern und Jugendlichen aus der UG einen Vater mit Alkoholproblem, bei 40 (55,6%) Kindern und Jugendlichen weist die Mutter ein alkoholbezogenes Störungsbild auf. Diese Verteilung ist eher ungewöhnlich. Aus den Daten der repräsentativen Studien von Lachner & Wittchen (1997) sowie Pabst & Kraus (2008) wird ersichtlich, dass in der Regel insgesamt mehr Väter als Mütter bzw. mehr Männer als Frauen eine alkoholbezogene Störung aufweisen. Der Überhang an alkoholabhängigen und -missbrauchenden Müttern in der vorliegenden Studie liegt hauptsächlich in der erfolgreichen Rekrutierungsarbeit einer kooperierenden Entwöhnungsklinik für suchtkranke Frauen begründet.

Tabelle 5

Merkmale zur elterlichen Alkoholproblematik innerhalb der UG

UG	
Alkoholabhängiger Elternteil	
Vater	32 (44,4%)
Mutter	40 (55,6%)
Dauer des elterlichen Alkoholproblems in Jahren (M (SD); range)	
Vater	5.32 (4.11), 1-14*
Mutter	3.64 (3.15); 0-14**
Status des abhängigen Elternteil im letzten Jahr	
(Fast) gar nicht getrunken	17 (23,6%)
Weniger getrunken als sonst	1 (1,4%)
Gleich viel getrunken wie sonst	11 (15,3%)
Mehr getrunken als sonst	33 (45,8%)
Weiss nicht	9 (12,5%)
keine Angabe	1 (1,4%)

* 5 (15,6%) Kinder und Jugendliche geben an, sich nicht mehr erinnern zu können.

** 14 (35%) Kinder und Jugendliche geben an, sich nicht mehr erinnern zu können.

Es sei angemerkt, dass sich innerhalb der UG neun Geschwisterpaare befinden. Dies bedeutet, dass diese Kinder und Jugendlichen dieselben Eltern haben und somit nicht gänzlich unabhängig voneinander sind. Es ist jedoch davon auszugehen, dass dieser Effekt zu vernachlässigen ist.

5.1.1.2 Kontrollgruppe

Die Gesamtstichprobe der unbelasteten KG bestand ursprünglich aus insgesamt 115 Schülerinnen und Schülern zwischen 11 und 19 Jahren. Die Rekrutierung der Studienteilnehmer aus der KG verlief über zwei weiterführende Schulen, welche in Tabelle 6 benannt werden.

Tabelle 6

Name und Standort der Schulen, über welche die Stichprobe der KG rekrutiert wurde

Name der Schule	Standort
Konrad-Adenauer-Gymnasium	47533 Kleve-Kellen
Leni-Valk-Realschule	47547 Goch

Im Unterschied zu den Kindern und Jugendlichen aus der UG liegt in der KG keine bekannte elterliche Alkoholabhängigkeit oder ein Alkoholmissbrauch vor. Um eine mütterliche oder väterliche Alkoholbelastung jedoch tatsächlich ausschließen zu können, wurde eine potentielle elterliche Alkoholproblematik dadurch erfasst, dass die Kindern und Jugendlichen aus der KG im Rahmen ihrer Befragung die Kurzversion des Selbstbeurteilungs-Screeninginstrumentes Children of Alcoholic Screening Test (CAST-6) (Hodgins & Shimp, 1995; s. 5.3.1.1) jeweils für den Vater und für die Mutter ausfüllten. Erreichte ein Teilnehmer aus der KG einen Wert als den kritischen Cut-Off Wert von 3 oder mehr Punkten beim Vater oder der Mutter oder machte bei mehr als zwei Items des CAST-6 keine Angaben, wurde er nicht in die Untersuchung einbezogen, da eine elterliche Alkoholproblematik nicht auszuschließen war. Dies führte dazu, dass insgesamt sechs Kinder und Jugendliche aus der KG für weitere Analysen nicht mehr in Betracht gezogen werden konnten.

Die KG besteht somit letztendlich aus 109 Kindern und Jugendlichen aus nicht-alkoholbelasteten Familien zwischen 11 und 19 Jahren. Die soziodemographischen Charakteristika der KG sind in Tabelle 7 zusammengefasst.

Tabelle 7

Soziodemographische Merkmale der Kinder und Jugendlichen aus der KG

	KG
N	109
Alter in Jahren (M (SD); range)	15.07 (1.56); 11-19
Geschlecht	
Mädchen	56 (51,4%)
Jungen	53 (48,6%)
Schulform	
Gymnasium	5 (4,6%)
Gesamtschule	-
Realschule	104 (95,4%)
Hauptschule	-
Berufsschule	-
Andere Schule	-
Gehen nicht mehr zur Schule	-
Mit leiblichen Eltern zusammenlebend	
Ja	79 (72,5%)
Nein	30 (27,5%)
Erwerbstätigkeit Vater	
Erwerbstätig	103 (94,5%)
Hausmann	-
Arbeitslos	2 (1,8%)
Aus anderen Gründen nicht berufstätig	2 (1,8%)
Hat keinen Vater	1 (0,9%)
keine Angabe	-

Erwerbstätigkeit Mutter	
Erwerbstätig	80 (73,4%)
Hausfrau	23 (21,1%)
Arbeitslos	1 (0,9%)
Aus anderen Gründen nicht berufstätig	4 (3,7%)
Hat keine Mutter	1 (0,9%)
keine Angabe	1 (0,9%)
Finanzielle Möglichkeiten der Familie aus Sicht des Kindes	
Familie kann sich sehr viel mehr leisten als andere Familien	5 (4,6%)
Familie kann sich mehr leisten als andere Familien	27 (24,8%)
Familie kann sich gleich viel leisten wie andere Familien	64 (58,7%)
Familie kann sich weniger leisten als andere Familien	7 (6,4%)
Familie kann sich viel weniger leisten als andere Familien	-
keine Angabe	6 (5,6%)

Innerhalb der KG liegen keine signifikanten Unterschiede in der Geschlechterverteilung vor ($\chi^2 = .08$, $df = 1$, $p = .77$).

5.1.1.3 Vergleichbarkeit der UG mit der KG

Im Folgenden wurde überprüft, in Bezug auf welche soziodemographischen Merkmale sich die UG und KG voneinander unterscheiden bzw. ähneln. Die beiden Gruppen UG und KG unterscheiden sich nicht in Hinblick auf Alter ($t = .33$, $df = 123,92$; $p = .74$). Die Ergebnisse weiterer Vergleiche mithilfe von χ^2 -Tests sind in Tabelle 8 gelistet. Es wird ersichtlich, dass die beiden Gruppen UG und KG in Hinblick auf die Verteilung der Geschlechter sowie bezüglich der mütterlichen Erwerbstätigkeit vergleichbar sind. In Bezug auf die anderen erfassten Merkmale erweist sich die UG als etwas benachteiligter als die KG, z.B. bezüglich der familiären Einkommenssituation, Arbeitslosigkeit des Vaters und des Zusammenlebens der leiblichen Eltern.

Tabelle 8

Ergebnisse der Vergleiche zwischen der UG und KG hinsichtlich soziodemographischer Variablen

	<i>chi²</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>Richtung</i>
Geschlecht	.85	1	.36	UG, KG
Schulform*	108.21	6	.00	UG < KG
Leibliche Eltern zusammenlebend	4.68	1	.03	UG < KG
Erwerbstätigkeit Vater	20.13	4	.00	UG < KG
Erwerbstätigkeit Mutter	4.88	4	.30	UG, KG
Subjektive Einschätzung des familiären Einkommens	23.43	4	.00	UG < KG

Anmerkung: Ein Komma trennt gleichrangige Gruppen. Größer- und Kleinerzeichen markieren die Richtung eines signifikanten Unterschieds.

* Wie aus der vorherigen Beschreibung der Stichprobe ersichtlich wird, besuchen Kinder und Jugendliche aus der KG entweder das Gymnasium oder die Realschule. Keines der Kinder besucht eine Hauptschule, Berufsschule oder „macht etwas anderes“.

5.1.2 Fallbeispiele

Die beiden alkoholbelasteten Familien aus der UG, die für die vorliegende Untersuchung als Fallbeispiele herangezogen wurden, bestehen aus zwei Elternpaaren mit je zwei Geschwisterkindern. Die beiden Geschwisterpaare sind in der Fragebogenuntersuchung der UG integriert. Da die beiden Geschwisterpaare dieselben Eltern haben, sind sie nicht als vollständig unabhängig voneinander zu betrachten. Dieser Effekt kann jedoch vermutlich vernachlässigt werden. Eine detaillierte Beschreibung der beiden Familien findet sich im Ergebnisteil unter Abschnitt 6.5.

5.2 Inzentive

Für die Mitwirkung an der Untersuchung erhielten alle teilnehmenden Kinder und Jugendliche aus der UG und KG vor dem Ausfüllen des Fragebogenheftes ein kleines Geschenk (z.B. Schlüsselband, Armband, Aufkleber, Pfefferminzbonbons und/oder Kugelschreiber) als Dankeschön. Alle Kinder und Jugendliche aus der UG und KG hatten

zudem nach dem Ausfüllen des Fragebogenheftes die Möglichkeit, an einer vom DISuP eigens für dieses Projekt organisierten Verlosung teilzunehmen, bei der die Kinder und Jugendlichen attraktive Preise, wie z.B. einen iPod nano (8GB) von der Firma Apple, eine Digitalkamera von der Firma Samsung oder ein Gesellschaftsspiel gewinnen konnten. Alle Gewinner wurden schriftlich benachrichtigt. Der Rechtsweg war ausgeschlossen.

Die Eltern, die sich zu einer Teilnahme an den Telefoninterviews bereit erklärten, erhielten im Anschluss an die Interviews zum Dank einen Gutschein der Deutschen Bahn in Höhe von 10,- Euro.

5.3 Untersuchungsinstrumente

5.3.1 Jugendliche

In der vorliegenden Untersuchung wurde zur Datenerhebung bei den Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien vom Projektteam des DISuP ein standardisiertes Fragebogenheft entwickelt, welches hauptsächlich aus geschlossenen Fragen besteht (s. Anlage 2). Soweit es konzeptuell realisierbar war, wurden zur Operationalisierung der Konstrukte bereits validierte und in der Forschung bewährte psychologische Fragebögen eingesetzt. In einigen Bereichen waren bisher keine einschlägigen standardisierten Instrumente vorhanden, so dass es sich hier als notwendig erwies, eigene Items und Skalen zu konstruieren bzw. bereits entwickelte Skalen zu optimieren oder auf einzelne Items zurückzugreifen, die in Anlehnung an Fragen aus zuvor durchgeführten Studien des DISuP entwickelt wurden. Die Gesamtbearbeitungsdauer des Fragebogenheftes betrug ungefähr eine Stunde. Wenn ein Kind oder ein Jugendlicher eine Frage nicht beantworten konnte oder wollte, durfte die Frage ausgelassen werden. Die KG erhielt im Grunde dasselbe Fragebogenheft wie die UG, allerdings war die KG-Version insofern verkürzt, als dass davon abgesehen wurde, tiefergehende Fragen zur elterlichen Alkoholproblematik zu stellen (s. Anlage 3).

Da es sich um eine anonyme Befragung handelte, wurde in allen Fragebögen, sowohl für die UG als auch für die KG, ein Geheimcode statt des Namens der Kinder und Jugendlichen eingesetzt. Der Geheimcode war zum Einen notwendig, falls die Kinder und Jugendlichen (oder deren Eltern) nach der Untersuchung eine Vernichtung ihrer Daten wünschten. Durch die Nennung des Codes hätte der Fragebogen zugeordnet und dann vernichtet werden können.

Zum Anderen konnten die Kinder und Jugendlichen durch den Geheimcode ihren Eltern, die denselben Geheimcode besaßen, zugeordnet werden. Dies war für die Untersuchung der familialen Triade notwendig.

Im Folgenden werden die für die vorliegende Untersuchung zu messenden Konstrukte und die Art ihrer Operationalisierung für die Kinder und Jugendlichen vorgestellt.

5.3.1.1 Soziodemographische Merkmale

Im Fragebogenheft für die Kinder und Jugendlichen aus beiden Gruppen wurden folgende soziodemographische Merkmale mit einzelnen Items erhoben:

- Geschlecht
- Alter
- Schulform
- Leben die leiblichen Eltern des Kindes oder des Jugendlichen zusammen?
- Mit wem lebt das Kind oder der Jugendliche zurzeit zusammen in einem Haushalt?
- Ist der Vater berufstätig? Wenn nein, ist er Hausmann/arbeitslos/sonstiges?
- Ist die Mutter berufstätig? Wenn nein, ist sie Hausfrau/arbeitslos/sonstiges?
- Finanzielle Möglichkeiten der Familie (subjektive Sicht des Kindes/Jugendlichen)

5.3.1.2 Children of Alcoholics Screening Test (CAST)

Der ursprüngliche Children of Alcoholics Screening Test (CAST) ist ein valides und zeitökonomisches 30-Item Inventar für Kinder aus alkoholbelasteten Familien zur Erfassung von Gefühlen, Einstellungen, Wahrnehmungen und Erfahrungen in Bezug auf den elterlichen Alkoholkonsum (Jones, 1982; Pilat & Jones, 1985). Insbesondere misst der CAST a) mit dem elterlichen Alkoholkonsum assoziierten Kummer (z.B. mit der Frage „Ich habe mir schon einmal Sorgen über die Gesundheit meines Vaters bzw. meiner Mutter gemacht, weil er bzw. sie Alkohol trinkt“), b) die Wahrnehmung von elterlichen Ehestreitigkeiten in Zusammenhang mit Alkoholkonsum (z.B. mit der Frage „Ich habe schon einmal gehört, dass sich meine Eltern streiten oder geprügelt haben, wenn Einer betrunken war“), c) Versuche, das elterliche

Trinken zu kontrollieren (z.B. mit der Frage „Ich wollte schon einmal den Alkohol meines Vaters bzw. meiner Mutter zu Hause verstecken oder ausschütten“), d) Versuche, dem elterlichen Alkoholproblem zu entkommen (z.B. mit der Frage „Ich habe mir schon einmal gewünscht, dass es bei uns zu Hause so wäre wie bei Freunden, deren Eltern nicht trinken“), e) Exposition gegenüber häuslicher Gewalt in Verbindung mit elterlichem Alkoholkonsum (z.B. mit der Frage „Ich habe mich schon einmal mit meinem Vater bzw. meiner Mutter gestritten oder geschlagen, wenn er oder sie getrunken hatte“), f) die Tendenz, die Eltern als Alkoholiker wahrzunehmen (z.B. mit der Frage „Ich habe schon einmal daran gedacht, dass mein Vater bzw. meine Mutter Alkoholiker bzw. Alkoholikerin ist“) und g) den Wunsch nach Hilfe und Unterstützung (z.B. mit der Frage „Ich habe mir schon einmal gewünscht, dass es jemanden gäbe, mit dem ich reden könnte und der die vom Alkohol verursachten Probleme in unserer Familie verstehen und lösen könnte“).

Darüber hinaus ist der CAST ein geeignetes Instrument, um Kinder aus alkoholbelasteten Familien korrekt identifizieren zu können. Demzufolge wird er in der Forschung und klinischen Praxis häufig als Screeninginstrument verwendet, um eine elterliche Alkoholbelastung zu erkennen. In der vorliegenden Studie wurde er hauptsächlich dafür verwendet, um zu beurteilen, ob das betreffende Kind das Alkoholproblem des Elternteils tatsächlich wahrgenommen hat. Die Bearbeitung der Fragen des CAST kann Pilat und Jones (1985) zufolge bereits diagnostische und therapeutische Qualitäten besitzen.

Alle Fragen des CAST haben dichotomes Antwortformat und werden vom Kind jeweils für Vater und Mutter getrennt mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet. Der CAST wurde für den englischen Sprachgebrauch einfaktoriell konzipiert, so dass ein Gesamtwert über alle Items berechnet werden kann. Pro bejahte Frage wird ein Punktwert von „1“ zugeteilt. So ergibt es sich, dass die minimale Punktzahl bei 0 Punkten liegt, der maximale Gesamtscore bei 30 Items beträgt 30 Punkte. In der amerikanischen Literatur wird ein Cut-Off Wert eines Kindes von 6 oder mehr Punkten als Indiz für eine Belastung des Kindes durch den elterlichen Alkoholkonsum gewertet (Jones, 1982; Pilat & Jones, 1985).

In der vorliegenden Untersuchung wurde innerhalb der UG eine ins Deutsche übersetzte (Baltruschat, Geissner & Klein, 2007), aus zeitökonomischen Gründen verkürzte Fassung des CAST mit 15 Items des ursprünglichen Tests verwendet. Zusätzlich wurden 3 weitere Items eingefügt, um auch mögliche Kognitionen des Kindes über das elterliche Alkoholproblem (z.B. „Meine Gedanken kreisen oft um das Trinken meines Vaters bzw. meiner Mutter“) zu erfassen. Diese Zusammenführung der 15 + 3 Items ergibt den „kognitiven CAST“. Der

kognitive CAST besteht somit aus insgesamt 18 dichotomen Items, die jeweils für die Mutter und für den Vater mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden. Da der kognitive CAST erheblich kürzer ist als die 30-Item Originalversion, wurde in der vorliegenden Untersuchung von einer Verwendung des ursprünglichen Cut-Off Wertes von 6 Punkten abgesehen. In Anlehnung an Velleman und Reuber (2007) wurde für die vorliegende Studie ein Cut-Off Score von 5 Punkten festgelegt. Liegt der Punktwert eines Kindes unter 5, ist davon auszugehen, dass es die elterliche Alkoholbelastung (noch) nicht adäquat erfasst hat.

Das Fragebogenheft für die Kinder und Jugendlichen aus der KG beinhaltet nicht, wie das Fragebogenheft der UG, alle 18 Items des kognitiven CAST. Da davon ausgegangen wurde, dass die Eltern der Kinder und Jugendlichen aus der KG kein alkoholbezogenes Problem besitzen, wurde auf eine detaillierte Erfassung von spezifischen, alkoholbedingten Belastungen verzichtet. Stattdessen beinhaltet das Fragebogenheft für die Kinder und Jugendlichen aus der KG lediglich die Kurzversion des ursprünglichen CAST, den CAST-6 von Hodgins und Shimp (1995), als Screeninginstrument, um eine elterliche Alkoholbelastung tatsächlich ausschließen zu können. Die Anwendbarkeit als Screeninginstrument zur Identifikation von Kindern aus alkoholbelasteten Familien des CAST-6 wurde wissenschaftlich belegt (Havey & Dodd, 1995; Klöber & Weimer-Ludwig, 2008). Der CAST-6 besteht aus den sechs Items des ursprünglichen CAST, welche die höchsten Faktorladungen aufwiesen. Diese sechs Items sind gleichzeitig identisch mit den ersten sechs Items des kognitiven CAST, welcher in der vorliegenden Untersuchung für die UG verwendet wurde. Auch im CAST-6 sind alle Fragen dichotom und werden vom befragten Kind mit „Ja“ oder „Nein“ sowohl für die Mutter als auch für den Vater beantwortet. Ein Wert von 3 oder mehr Punkten pro Elternteil auf dem CAST-6 indiziert, dass ein Elternteil des befragten Kindes eine Alkoholproblematik aufweisen könnte. Havey und Dodd (1995) zufolge führt die Festlegung des Cut-Off Scores von 3 Punkten im Vergleich zu anderen Cut-Off Werten beim CAST-6 zu der niedrigsten Fehlerwahrscheinlichkeit. Die englische Version des CAST-6 verfügt über hohe interne Konsistenzen bei 11-jährigen (Cronbachs Alpha = .86) und 12-jährigen Schülern (Cronbachs Alpha = .93) (Havey & Dodd, 1995).

5.3.1.3 Weitere Angaben zur elterlichen Suchtproblematik

Zusätzlich zum CAST werden im Fragebogenheft für die UG zusätzliche Angaben zur Alkoholabhängigkeit des betroffenen Elternteils erhoben, um ein genaueres Verständnis zum Ausmaß der Suchterkrankung des Elternteils sowie zur potentiellen Exposition gegenüber dem Alkoholproblem zu eruieren. Diese zusätzlich gestellten Fragen zur Abhängigkeitserkrankung bestehen aus selbst konstruierten Items. Die für die vorliegende Untersuchung relevanten Items werden im Folgenden aufgeführt:

- „Kannst Du Dich daran erinnern, seit wann das Alkoholtrinken Deines Vaters bzw. Deiner Mutter ein Problem für Dich ist?“ (Antwortmöglichkeiten: „Ja, Vater: ungefähr seit meinem _____ Lebensjahr“, „Ja, Mutter: ungefähr seit meinem _____ Lebensjahr“, „Nein, ich kann mich nicht daran erinnern.“)
- „Wie war es im letzten Jahr? Hat Dein Elternteil, der Alkoholprobleme hat,“ (Antwortmöglichkeiten: „mehr getrunken als sonst?“, „gleich viel getrunken?“, „weniger getrunken als sonst?“, „(fast) gar nicht getrunken?“ und „Das weiß ich nicht so genau.“)

5.3.1.4 Alkoholkonsum

Der Konsum alkoholischer Getränke der befragten Kinder und Jugendlichen wird zum Einen über die Lebenszeitprävalenz erfasst. Hierzu werden alle Kinder und Jugendlichen aus der UG und KG gefragt: „Hast Du in Deinem Leben schon einmal Alkohol getrunken?“ Die Antwortoptionen auf diese Frage lauten: „Nein, nie“, „Ja, aber nur einen Schluck probiert“, „Ja, aber ich trinke keinen Alkohol mehr“, „Ja, ich trinke gelegentlich“, „Ja, ich trinke regelmäßig“.

Zum Anderen wird auch das Trinkmuster „binge drinking“ (Konsum von fünf oder mehr alkoholischen Getränken bei einer Trinkgelegenheit (BZgA, 2007) näher beleuchtet. Hierzu werden jene Kinder und Jugendlichen, die in ihrem Leben schon einmal Alkohol getrunken haben, gefragt, wie häufig sie im letzten Monat bei einer Gelegenheit mehr als fünf alkoholische Getränke getrunken haben. Die Antwortmöglichkeiten sind: „Nie“, „1-3 Mal“, „4-10 Mal“ und „mehr als 10 Mal“.

5.3.1.5 Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ)

Der „Fragebogen zu Schwächen und Stärken“ ist die deutsche Fassung des „Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)“ (Goodman, 1997; Goodman, Meltzer & Bailey, 1998) und wurde in beide Fragebogenhefte für die UG und die KG aufgenommen. Der Stärken- und Schwächenfragebogen (SDQ-Deu) ist ein zeitökonomisches Screeninginstrument zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten und –stärken bei Kindern und Jugendlichen, welches bereits in über 40 Sprachen übersetzt wurde. Das in dieser Untersuchung vorliegende Fragebogenheft für die teilnehmenden Kinder und Jugendlichen beinhaltet den altersadäquat formulierten deutschen Selbsteinschätzungsbogen für Jugendliche ab 11 Jahren, dessen Bearbeitungszeit ungefähr 5 Minuten beträgt. Diese kurze Bearbeitungszeit sowie die ausgewogene Erfassung von sowohl positiven und negativen Verhaltensaspekten dürften sich Goodman (1997) zufolge besonders positiv auf die Akzeptanz des Bogens durch die befragten Kinder und Jugendlichen auswirken.

Aus den insgesamt 25 Items des SDQ-Deu lassen sich durch das Aufsummieren von jeweils fünf Items folgende fünf Einzelskalen bilden:

1. „Emotionale Probleme“: klagt häufig über Kopfschmerzen, hat viele Sorgen, ist oft unglücklich, ist nervös, hat viele Ängste
2. „Verhaltensprobleme“: hat oft Wutanfälle, ist im Allgemeinen folgsam, streitet sich oft, lügt oder mogelt häufig, stiehlt zu Hause oder anderswo
3. „Hyperaktivität“: ist unruhig, ist dauernd in Bewegung und zappelig, lässt sich leicht ablenken, denkt (nicht) nach bevor er/sie handelt, führt Aufgaben (nicht) zu Ende
4. „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“: ist Einzelgänger, hat wenigstens einen guten Freund, ist im Allgemeinen bei Gleichaltrigen (nicht) beliebt, wird von anderen gehänselt, kommt besser mit Erwachsenen aus
5. „Prosoziales Verhalten“: ist rücksichtsvoll, teilt gerne, ist hilfsbereit, ist lieb zu jüngeren Kindern, hilft anderen oft freiwillig

Jedes Item kann auf einer dreistufigen Skala mit den Antwortmöglichkeiten „Nicht zutreffend“, „Teilweise zutreffend“ oder „Eindeutig zutreffend“ beantwortet werden. Alle Antworten beziehen sich auf den Zeitraum des letzten halben Jahres.

Für die Auswertung des SDQ-Deu werden zunächst die Werte jeder einzelner Skala aufaddiert. Die Antwortmöglichkeit „Teilweise zutreffend“ wird stets mit einer 1 bewertet,

die Antwortmöglichkeiten „Nicht zutreffend“ oder „Eindeutig zutreffend“ werden je nach Polung des Merkmals mit 0 oder 2 bewertet. Das Ergebnis ergibt auf allen fünf Skalen einen Wert zwischen 0 und 10, falls Angaben zu allen fünf Merkmalen gemacht wurden. Falls ein oder zwei Werte fehlen, kann das Ergebnis hochgerechnet werden. Um den Gesamtproblemwert zu ermitteln, werden die vier Skalen, die sich auf Problemverhalten beziehen („Emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivität“ und „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“), aufsummiert. Der Gesamtwert liegt somit zwischen 0 und 40. Die Skala „Prosoziales Verhalten“ ist positiv gepolt und wird für den Gesamtproblemwert nicht berücksichtigt.

Um potentielle Störungsbilder zu identifizieren, wurden Grenzwerte gewählt, die die Gesamt- und Skalenscores der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen in die drei Kategorien „Normal“, „Grenzwertig auffällig“ und „Auffällig“ einstufen (Youth in Mind, 2009). Dabei wurde die Verteilung der Grenzwerte ursprünglich so gewählt, dass in einer Normstichprobe ca. 80% der Kinder und Jugendliche als normal, 10% als grenzwertig auffällig und 10% als auffällig klassifiziert wurden. Tabelle 9 gibt die Grenzwerte des Selbsteinschätzungsbogens des SDQ-Deu für die drei Kategorien wieder.

Tabelle 9

Grenzwerte der Skalen des Selbsteinschätzungsbogens des SDQ-Deu

	<i>Normal</i>	<i>Grenzwertig</i>	<i>Auffällig</i>
Gesamtproblemwert	0-15	16-19	20-40
Emotionale Probleme	0-5	6	7-10
Verhaltensprobleme	0-3	4	5-10
Hyperaktivität	0-5	6	7-10
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	0-3	4-5	6-10
Prosoziales Verhalten	6-10	5	0-4

Zu den Gütekriterien des Selbsteinschätzungsbogens des SDQ-Deu existieren bislang recht wenig Arbeiten. Bettge, Ravens-Sieberger, Wietzker und Hölling (2002) konnten eine ausreichend hohe interne Konsistenz des SDQ-Deu Selbstbeurteilungsbogens (Cronbach's Alpha = .71) belegen. Klasen et al. (2000) haben in ihrer Studie die deutsche

Selbstbeurteilungs-Version des SDQ an 273 Kindern getestet und herausgefunden, dass sowohl der Gesamtproblemwert als auch die einzelnen Skalenwerte des SDQ-Deu mit den relevanten Skalenwerten des Fragebogens für Jugendliche (YSR) von Döpfner, Plück, Bölte, Lenz, Melchers und Heim (1998) korrelieren. Dies deutet darauf hin, dass der SDQ-Deu trotz seiner Kürze gleich valide ist wie ein anderes vergleichbares, etabliertes Diagnoseinstrument. Des Weiteren wurde in ihrer Studie aufgezeigt, dass die Faktorenstruktur der deutschen Fassung mit der englischen Version übereinstimmt.

5.3.1.6 KIDCOPE

Der KIDCOPE ist ein kurzer Selbstbeurteilungstest für Kinder und Jugendliche im Schulalter, der für die Untersuchung der Bewältigung von krankheitsspezifischen und alltäglichen Stressoren verwendet werden kann (Rathner & Zangerle, 1996). Er wurde ursprünglich von Spirito, Stark & Williams (1988) entwickelt und von Rathner und Zangerle (1996) ins Deutsche übersetzt. Die Testdauer beträgt ca. 5 Minuten pro Problemsituation.

Die in der vorliegenden Untersuchung verwendete Jugendlichen-Version des KIDCOPE für Jugendliche zwischen 13 und 19 Jahren umfasst insgesamt elf Items, welche die Häufigkeit und die Wirksamkeit von kognitiven und verhaltensspezifischen Copingstrategien messen (Rathner & Zangerle, 1996). Bei jedem Item (z.B. „Ich habe realisiert, dass jemand anderer das Problem verursacht hat und machte diejenigen dafür verantwortlich, dass ich das durchmachen muss“) hat der Jugendliche zunächst die Möglichkeit, eine der folgenden Antwortkategorien zu wählen: „Nie“, „Manchmal“, „Oft“ und „Meistens“. Sofern sie eine Strategie verwenden, können sie auch deren Wirksamkeit mit „Überhaupt nicht“, „Ein wenig“, „Mittelmäßig“, „Ziemlich viel“ und „Sehr viel“ beurteilen. Die elf Items messen insgesamt folgende zehn Copingstrategien: „Ablenkung“, „Sozialer Rückzug“, „Kognitives Umordnen“, „Selbstkritik“, „Beschuldigung der Anderen“, „Problemlösen“, „Affektäußerung“, „Wunschdenken“, „Soziale Unterstützung“ und „Resignation“.

In der vorliegenden Untersuchung wurde der KIDCOPE für die UG zweimal abgefragt. Zunächst wurden die Kinder und Jugendlichen gebeten, ein allgemeines Problem zu beschreiben, welches sie in letzter Zeit öfters beschäftigt hat (z.B. Probleme in der Schule, mit Freundinnen oder Freunden oder mit der Familie). Entscheidend war, dass dieses Problem in erster Linie nichts mit dem elterlichen Alkoholproblem zu tun haben sollte. Dann sollten die Kinder und Jugendlichen angeben, wie häufig sie die aufgelisteten Strategien verwenden und

wie wirksam die Strategien ihrer Meinung nach sind. Danach wurden die Kinder und Jugendlichen gebeten, den KIDCOPE erneut in Bezug auf Häufigkeit und Wirksamkeit auszufüllen - nur diesmal in Bezug auf ihren Umgang mit dem elterlichen Alkoholproblem. In der KG wurde der KIDCOPE nur einmal in Bezug auf das allgemeine Problem verwendet.

Rathner und Zangerle (1996) überprüften die interne Konsistenz des deutschen KIDCOPE. Ihre Analysen ergaben, dass die internen Konsistenzen für die Häufigkeit in der Jugendlichen-Version zwischen Cronbach's Alpha = .30 und .62 liegen. Für die Wirksamkeit liegt Cronbach's Alpha zwischen .04 und .59. Die interne Konsistenz ist somit vor dem Hintergrund der Kürze des Fragebogens und der kleinen Untersuchungsstichprobe von Rathner und Zangerle (1996) als ausreichend bis zufriedenstellend zu bewerten.

5.3.1.7 Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartungen (SWE)

In der vorliegenden Untersuchung sollten die allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartungen der Kinder und Jugendlichen aus der UG und der KG erfasst werden. Daher wurde in die Fragebogenbogenhefte für alle teilnehmenden Kinder und Jugendlichen die Skala „Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartungen (SWE)“ von Schwarzer und Jerusalem (1999) aufgenommen. Die SWE-Skala ist ein Selbstbeurteilungsverfahren und umfasst zehn Items zur Erfassung von allgemeinen optimistischen Selbstüberzeugungen, welches bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren eingesetzt werden kann. Die SWE misst die optimistische Kompetenzerwartung der Jugendlichen, d.h. das Vertrauen darauf, eine schwierige Lage aus eigenen Fähigkeiten heraus zu meistern und den Erfolg den eigenen Kompetenzen zuzuschreiben.

Die zehn Items der eindimensionalen SWE sind alle gleichsinnig gepolt und werden vierstufig beantwortet: „1 = Stimmt nicht“, „2 = Stimmt kaum“, „3 = Stimmt eher“ und „4 = Stimmt genau“. Ein Beispielitem ist „Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern“. Jedes Item spiegelt eine internal-stabile Attribution der Erfolgserwartung und ist damit vom dispositionalen Optimismus zu unterscheiden (Schwarzer, 1994, 1999). Der individuelle Testwert ergibt sich durch die Aufsummierung aller zehn Antworten, so dass stets ein Gesamtwert zwischen 10 und 40 resultiert. Der Mittelwert für Stichproben mit Jugendlichen zwischen 12 und 17 liegt bei 29.6 Punkten mit einer Standardabweichung von 4 Punkten (Schwarzer & Jerusalem, 1999).

Schwarzer und Jerusalem (1999) sowie Schwarzer, Müller und Greenglass (1999) zufolge wurden die guten psychometrischen Kennwerte für die Skala in verschiedenen Studien belegt. Die internen Konsistenzen streuen in allen deutschen Stichproben zwischen Cronbach's Alpha = .80 und .90. Zahlreiche Korrelationsbefunde mit anderen relevanten Variablen unterstreichen die kriterienbezogene Validität des Instruments (Schwarzer & Jerusalem, 1999).

5.3.1.8 *Schema Questionnaire for Children (SQC)*

Der „Schema Questionnaire for Children“ (SQC) von Stallard & Rayner (2005) wurde in beide Fragebogenhefte für die UG und die KG aufgenommen und ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen für Kinder und Jugendliche zur Erfassung früher maladaptiver Schemata nach Young (1994). Young (1994) definiert frühe maladaptive Schemata als „umfassende, tiefgreifende Muster, welche aus Erinnerungen, Gefühlen, Kognitionen und körperlichen Empfindungen bezüglich des Selbst und den eigenen zwischenmenschlichen Beziehungen bestehen“ (Übersetz. d. Autorin). Ihm zufolge repräsentieren sie dysfunktionale Kognitionsmuster, welche sich in der Kindheit oder im Jugendalter entwickeln und im Laufe der Zeit manifestieren. Insgesamt konnten Young, Klosko & Weishaar (2003) 18 solcher maladaptiven Schemata identifizieren. Der SQC wurde entwickelt, um die Essenz jedes vorhandenen Schemas mit einem Item zu erfassen. Er konzentriert sich aufgrund unzureichender Validitätsbefunde allerdings nicht auf alle 18 Schemata nach Young (Stallard, 2007), sondern nur auf die folgenden 12: „Emotionale Deprivation“, „Misstrauen/Missbrauch“, „Soziale Isolation“, „Defekthaftigkeit/Scham“, „Versagensangst“, „Abhängigkeit/Inkompetenz“, „Anfälligkeit für Unglück und Krankheit“, „Unterwerfung“, „Selbstaufopferung“, „Emotionale Hemmung“, „Unerbittliche Standards/überkritische Haltung“ und „Anspruch/Grandiosität“. Das Instrument beinhaltet somit nur 12 Items, welche jeweils eines von Youngs Schemata erfassen.

Jedes Item besteht aus einer Aussage (z.B. „Es ist wichtig, die Wünsche und Ideen anderer Menschen über meine eigenen Bedürfnisse zu stellen“, „Ich darf anderen nicht meine Gefühle zeigen“ oder „Mir passieren schlimme Dinge“), welcher die befragten Kinder und Jugendliche anhand einer 10-stufigen Skala zustimmen müssen (von „1 = Stimme überhaupt nicht zu“ bis „10 = Stimme voll und ganz zu“). Eine Faktorenanalyse von Stallard (2007) ergab, dass die Items auf insgesamt vier Skalen verteilt werden können: 1)

„Minderwertigkeit“, bestehend aus den Items zu „Unterwerfung“, „Defekthaftigkeit/Scham“, „Emotionale Hemmung“ und „Versagensangst“, 2) „Persönliche Vulnerabilität“, bestehend aus den Items zu „Misstrauen/Missbrauch“, „Emotionale Deprivation“ und „Selbstaufopferung“, 3) „Persönliche Fähigkeiten“, bestehend aus den Items zu „Unerbittliche Standards/überkritische Haltung“ und „Anspruch/Grandiosität“ und 4) „Schutzbedürftigkeit“, bestehend aus den Items zu „Abhängigkeit/Inkompetenz“ und „Anfälligkeit für Unglück und Krankheit“. Eine Aufsummierung der entsprechenden Itemscores bildet die jeweiligen Skalenwerte. Hierbei stehen höhere Werte für eine stärkere Ausprägung des dysfunktionalen Schemas.

Die interne Konsistenz der englischen Version des SQC ist mit einem Cronbach's Alpha zwischen .65 und .71 zufriedenstellend. Statistisch signifikante Korrelationen mit dem englischen Young Schema Fragebogen (Young Schema Questionnaire Short Form (YSQ-S)) bestätigen die Konstruktvalidität des Instruments. Der SQC erweist sich somit als valides zeitökonomisches und altersgerechtes Instrument zur Erfassung maladaptiver Schemata nach Young. Der englische SQC wurde vom Projektteam des DISuP in die deutsche Sprache übersetzt.

5.3.1.9 Fragebogen für negative und positive automatische Gedanken (FAG)

Der „Fragebogen zur Erfassung positiver und negativer automatischer Gedanken“ (FAG) basiert auf dem englischsprachigen „Automatic Thoughts Questionnaire - Revised“ (ATQ-R) von Kendall, Howard & Hays (1989). Der ATQ-R wurde von Pössel, Seemann und Hautzinger (2005) in die deutsche Sprache übersetzt, nach Überprüfung seiner Gütekriterien verkürzt und in den FAG umbenannt. Die Bearbeitungszeit des deutschen FAG beträgt ca. 5 Minuten. Der FAG wurde sowohl in der UG als auch in der KG in das Fragebogenheft integriert.

Der FAG ermittelt - bezogen auf die letzte Woche - die Auftretenshäufigkeit automatischer positiver und negativer Gedanken auf einer fünfstufigen Skala („1 = überhaupt nicht“, „2 = manchmal“, „3 = zum Teil“, „4 = oft“, „5 = die ganze Zeit“). Von den insgesamt 21 Items des FAG stellt jedes Item einen positiven oder negativen Gedanken in Form einer Selbstaussage dar. Alle Items sind so gepolt, dass ein höherer Wert einem häufigeren Auftreten des automatischen Gedankens entspricht, unabhängig davon, ob es sich um einen positiven oder negativen Gedanken handelt. Zwölf Gedanken sind negativ formuliert und

bilden die Skala „Negative Selbstaussagen“. Die negativen Selbstaussagen beziehen sich hauptsächlich auf hilflose oder entwertende Gedanken in Hinblick auf die eigene Person, wie z.B. „Was ist falsch an mir?“, „Ich wünschte, ich wäre ein besserer Mensch“ oder „Ich werde es nie schaffen!“. Auf der Skala „Negative Selbstaussagen“ können Werte von 12 bis 60 erzielt werden. Die weiteren neun Items des FAG beziehen sich auf positive Gedanken in Bezug auf die eigene Person. Fünf dieser neun positiven Items bilden die Skala „Wohlbefinden“ und umfassen positive Selbstaussagen wie z.B. „Ich fühle mich wohl“ oder „Ich bin glücklicher als die meisten anderen Menschen“. Der Wertebereich der Skala „Wohlbefinden“ liegt zwischen 5 und 25. Die anderen vier der neun positiven Items bilden die Skala „Selbstvertrauen“ und beziehen sich auf positive Gedanken in Bezug auf die eigenen Fähigkeiten (z.B. „Ich bin stolz auf mich selbst“ oder „Ich kann alles erreichen“). Auf der Skala „Selbstvertrauen“ können Scores zwischen 4 und 20 erzielt werden.

Huffziger, Meyer, Seemann, Horn, Groen und Pössel (2008) untersuchten das deutschsprachige Instrument hinsichtlich seiner Gütekriterien bei Kindern und Jugendlichen. In einer Gruppe von über 13-jährigen Jugendlichen konnten Werte von Cronbach's Alpha = .89 für die Skala „negative Selbstaussagen“, .75 für die Skala „Selbstvertrauen“ und .82 für die Skala „Wohlbefinden“ ermittelt werden. Darüber hinaus korrelierte die Skala „Negative Selbstaussagen“ positiv mit anderen Depressionsinventaren, die beiden anderen Skalen korrelierten negativ mit anderen Instrumenten zur Erfassung von Depressionen. Eine hinreichende Konstruktvalidität des FAG ist somit gegeben. Zusätzlich wurde die Differenzierungsfähigkeit des FAG untersucht und Huffziger et al. (2008) befanden, dass depressive Teilnehmer höhere Werte auf der Skala „negative Selbstaussagen“ erreichten und geringere Werte auf den Skalen „Selbstvertrauen“ und „Wohlbefinden“. Der FAG erwies sich in der Summe als reliables und valides Messinstrument, welches zeitökonomisch bei Kindern und Jugendlichen einsetzbar ist und differenzielle Zusammenhänge zur Psychopathologie aufweist.

5.3.1.10 Family Assessment Measurement-III (FAM-III)

Das deutsche Family Assessment Measurement-III (FAM-III) von Kreppner und Spiel (1992) wurde in beide Fragebogenhefte für die UG und KG aufgenommen. Das FAM-III ist eine leicht verkürzte und adaptierte Version des englischen, gleichnamigen Originals von Skinner, Steinhauer und Santa Barbara (1983). Das FAM-III dient der Erfassung der Qualität

von innerfamiliären Beziehungsaspekten mit einem besonderen Fokus auf die familialen Beziehungen der Kinder und Jugendlichen zu den Eltern. Bei der Entwicklung dieses Messinstruments wurde von einem Prozessmodell der Familienentwicklung ausgegangen und die Autoren versuchten, unterschiedliche theoretische Ansätze aus der Familienforschung und –therapie (Psychoanalyse, Krisen- und Stresstheorie, Lerntheorie, Rollentheorie und Entwicklungspsychologie) zu berücksichtigen und zu integrieren.

Das FAM-III wurde konzipiert, um eine differenzierte Erhebung verschiedener Sichtweisen der Familienmitglieder in Bezug auf verschiedene Facetten des familiären Zusammenlebens zu ermöglichen. In der vorliegenden Untersuchung werden vier Skalen aus dem Zweierbeziehungsbogen des FAM-III mit insgesamt 20 Items verwendet, um die dyadische Mutter-Kind- bzw. Vater-Kind-Beziehung aus der Sicht des Kindes detailliert zu betrachten. Die vier verwendeten Skalen des FAM-III werden nachfolgend näher erläutert:

1. „Kontrolle“: Diese Skala umfasst fünf Items, welche den Prozess der Beeinflussung des Kindes durch die Mutter bzw. den Vater untersuchen (Beispielitem: „Meine Mutter/mein Vater lässt mich meine eigenen Entscheidungen treffen“).
2. „Kommunikation“: Die fünf zu dieser Skala gehörenden Items erfassen die Qualität des Meinungs- und Informationsaustauschs zwischen dem Kind und dem betreffenden Elternteil (Beispielitem: „Wenn ich meiner Mutter/meinem Vater etwas erzähle, hört sie/er mir oft nicht richtig zu“).
3. „Wertvorstellungen und Normen“: Die Skala „Wertvorstellungen und Normen“ erfasst die Übereinstimmung von Zielvorstellungen zwischen dem Kind und dem betreffenden Elternteil. Die Skala umfasst insgesamt fünf Items („Beispielitem: „Ich habe andere Ansichten als meine Mutter/mein Vater darüber, was für Schule und Beruf wichtig ist“).
4. „Investment“: Die Skala „Investment“ besteht aus fünf Items. Diese erfassen das Ausmaß der emotionalen und zeitlichen Ressourcen, welche das Kind für den betreffenden Elternteil investiert (Beispielitem: „Ich bemühe mich, ihre/seine (meine Mutter/mein Vater) Erwartungen zu erfüllen“, „Ich nehme mir immer genügend Zeit für meine Mutter/meinen Vater“).

Alle Items sind als Aussagen aus der Sicht des Kindes formuliert und können anhand einer vierstufigen Skala beurteilt werden („Stimmt gar nicht“, „Stimmt eher nicht“, „Stimmt ein wenig“ und „Stimmt genau“). Die Items sind sowohl positiv als auch negativ formuliert

und sind so gepolt, dass hohe Werte auf einer Skala hohe Ausprägungen des Beziehungsaspektes beschreiben. Auf allen vier Skalen kann bei vollständiger Beantwortung ein Skalenwert zwischen 5 und 20 erzielt werden.

In Hinblick auf die Gütekriterien des Instrumentes konnten Kreppner und Spiel (1992) für die FAM-III-Skalen für Kinder zwischen 11 und 14 Jahren interne Konsistenzen zwischen Cronbach's Alpha = .66 (Kind-Mutter-Version) und .67 (Kind-Vater-Version) für die Skala „Kommunikation“. Für die Skala „Kontrolle“ wurden Alpha-Werte zwischen .40 (Kind-Mutter-Version) und .55 (Kind-Vater-Version) festgestellt. Für die Skala „Werte und Normen“ ergaben sich Alpha-Werte zwischen .62 (Kind-Mutter-Version) und .65 (Kind-Vater-Version).

Die teilnehmenden Kinder und Jugendlichen aus der vorliegenden Untersuchung wurden zu beiden Elternteilen getrennt voneinander befragt, d.h. das FAM-III wurde von den Kindern und Jugendlichen aus der UG und aus der KG insgesamt zweimal bearbeitet: einmal für die Mutter und einmal für den Vater. Für die Datenanalysen in der vorliegenden Untersuchung wurden die FAM-III Skalen-Werte für die Mutter und für den Vater jeweils zu einem Gesamt-Familienscore zusammengefasst, um so zu einem Gesamtbild über die Eltern-Kind-Beziehungen zu gelangen. Dies war nur für jene Kinder und Jugendlichen möglich, die für beide Elternteile Angaben auf diesem Instrument machten.

5.3.1.11 Familien-Beziehungs-Skalen (FBS)

Die Familien-Beziehungs-Skalen (FBS) wurden in beide Fragebogenhefte für die UG und KG aufgenommen. Die FBS sind ebenfalls ein Instrument zur Erfassung der Qualität der wechselseitigen dyadischen Beziehungen zwischen Kindern bzw. Jugendlichen und ihren Eltern (Spiel, Kreppner & von Eye, 1995).

Die FBS bestehen insgesamt aus neun Items. Jedes Item beschreibt Aspekte der Beziehungsqualität zwischen dem Jugendlichen und einem Elternteil als Aussage aus der Sicht des Kindes und kann auf einer vierstufigen Skala beurteilt werden („Stimmt gar nicht“, „Stimmt eher nicht“, „Stimmt ein wenig“ und „Stimmt genau“). Die neun Items sind Bestandteil von insgesamt zwei Skalen, welche nachfolgend erläutert werden:

1. „Verlässlichkeit im Alltag“: Diese Skala besteht aus fünf Items. Sie beschreibt das aktuelle Miteinanderumgehen und bezieht sich auf das Engagement in der Beziehung

sowie auf Alltagsroutinen (Beispielitem: „Wenn ich mich aufrege, weiß ich, dass sie/er sich wirklich Gedanken darum macht“).

2. „Emotionale Ambivalenz“: Die vier Items dieser Skala erfassen die emotionale Nähe bzw. die Distanz in der Beziehung zwischen dem Kind und dem Elternteil aus der Sicht des Kindes (Beispielitem: „Es kommt öfter vor, dass ich meine Mutter/meinen Vater umarmen möchte, es dann aber doch nicht tue“).

Die Items der FBS sind sowohl positiv als auch negativ formuliert und so gepolt, dass hohe Werte auf einer Skala hohe Ausprägungen des Beziehungsaspektes beschreiben. Auf der Skala „Emotionale Ambivalenz“ kann bei vollständiger Beantwortung ein Skalenwert zwischen 4 und 16 erzielt werden. Auf der Skala „Verlässlichkeit im Alltag“ kann sich ein Skalenwert zwischen 5 und 20 ergeben. Der Mittelwert von der Normstichprobe (bestehend aus 9.9- bis 15.2-jährigen Jungen und Mädchen) auf dieser Skala liegt der Untersuchung von Spiel et al. (1995) zufolge zwischen 14.65 (Mutter) und 16.21 (Vater).

Eine Reliabilitätsanalyse von Spiel et al. (1995) ergab für „Verlässlichkeit im Alltag“ Cronbach's Alpha-Werte zwischen .78 und .84 und für „Emotionale Ambivalenz“ Cronbach's Alpha-Werte zwischen .63 und .64. In Anbetracht der geringen Itemanzahl pro Skala können diese Werte als zufriedenstellend betrachtet werden.

Die FBS werden wie das FAM-III von den Kindern und Jugendlichen aus der UG und der KG insgesamt zweimal getrennt für Mutter und Vater bearbeitet. Für die Datenanalysen in der vorliegenden Studie wurden die FBS-Skalenwerte für die Mutter und für den Vater erneut zu einem Gesamt-Familienscore zusammengefasst. Dies gelang nur für diejenigen Kinder und Jugendlichen, die für beide Elternteile Angaben machten.

5.3.1.12 Übersicht

Tabelle 10 enthält eine Übersicht der erfassten Konstrukte und der entsprechenden Erhebungsinstrumente für die befragten Kinder und Jugendlichen.

Tabelle 10

Übersicht der erfassten Konstrukte und der entsprechenden Erhebungsinstrumente für Kinder und Jugendliche

Konstrukt	Instrument	Anzahl der Items	Anmerkungen
Soziodemographische Merkmale	Selbst konstruierte Items	8	
Elterliche Alkoholproblematik	Kognitiver CAST / Kurzversion CAST-6	18 / 6	Kognitiver CAST für UG; CAST-6 für KG
	Selbst konstruierte Items	2	Nur für UG
Alkoholkonsum des Kindes	Selbst konstruierte Items	2	
Verhaltensauffälligkeiten des Kindes	SDQ – Fragebogen zu Stärken und Schwächen (Selbstbeurteilungsbogen)	25	
Bewältigungsstrategien	KIDCOPE	11	
Selbstwirksamkeitserwartungen	SWE – Skala „Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartungen“	10	
Dysfunktionale Schemata	SQC – Schema Questionnaire for Children	12	
Automatische Gedanken	FAG - Fragebogen zur Erfassung positiver und negativer automatischer Gedanken	21	
Variablen der Eltern-Kind-Beziehung	FAM-III - Family Assessment Measurement (Kinderversion)	20	
	FBS – Familien-Beziehungsskalen (Kinderversion)	9	

5.3.2 Eltern

Zusätzlich zu der Fragebogenuntersuchung mit Kindern und Jugendlichen aus der UG und KG wurden in zwei Familien aus der UG telefonische Interviews mit beiden Elternteilen durchgeführt. Die Interviews wurden durch von der Projektkoordination geschulte

Interviewerinnen ausgeführt. Der Schwerpunkt der Telefoninterviews mit den Eltern lag auf deren eigenen körperlichen und psychischen Gesundheit sowie auf der psychischen Gesundheit ihrer Kinder. Zusätzlich wurden umfassende Angaben zu Variablen der dyadischen Eltern-Kind-Beziehung erhoben.

Für diese Interviews wurden vom Projektteam des DISuP spezielle Telefoninterview-Leitfäden für den suchtkranken Elternteil und für den nicht-erkrankten Elternteil entwickelt. Soweit es konzeptuell realisierbar war, wurden zur Operationalisierung der Konstrukte bereits validierte und in der Forschung bewährte psychologische und standardisierte Instrumente eingesetzt. In einigen der zu erfassenden Bereiche lagen keine geeigneten Instrumente vor, so dass in den Interviewleitfäden bereits bestehende Instrumente entsprechend adaptiert wurden. Ebenso wurden verschiedene offene und geschlossene Fragen gestellt, die in Anlehnung an Fragen aus zuvor durchgeführten Studien des DISuP entwickelt wurden.

Die Interviewleitfäden für die beiden Elternteile waren im Grunde gleich, allerdings waren die Frageninhalte zur eigenen Gesundheit für den abhängigen Elternteil und für den nicht-abhängigen Elternteil unterschiedlich (s. Anlagen 4 und 5). Die für die vorliegende Untersuchung relevanten zu messenden Konstrukte und die Art ihrer Operationalisierung für die Eltern werden im Folgenden vorgestellt. Es wird jeweils erwähnt, ob die Konstrukte für beide Elternteile oder nur für einen Elternteil gemessen wurden.

Die durchschnittliche Gesamtdauer des Telefoninterviews lag bei 30 Minuten. Wenn ein Elternteil eine Frage nicht beantworten konnte oder wollte, besaß er oder sie die Möglichkeit, die betreffende Frage zu überspringen.

5.3.2.1 Soziodemographische Merkmale

Als soziodemographische Merkmale wurden im Telefoninterview für beide Elternteile folgende Variablen mittels selbst-konstruierter Items erhoben:

- Geschlecht
- Alter
- Familienstand

- Lebt der Elternteil mit dem Jugendlichen, der an der Fragebogenuntersuchung teilgenommen hat, in einem Haushalt? Wenn ja, hat er auch in den letzten zwei Jahren mit dem betreffenden Jugendlichen in einem Haushalt zusammengelebt?
- Lebt der befragte Elternteil mit dem leiblichen Elternteil des Jugendlichen zusammen? Wenn nein, wie lange nicht mehr?
- Höchster Schulabschluss
- Berufsausbildung
- Ist der Elternteil berufstätig? Wenn ja, welcher Beruf wird ausgeübt? Wenn nein, ist er Hausmann/arbeitslos/berentet/krankgeschrieben/sonstiges? Wenn ja, seit wann?

5.3.2.2 Angaben zur elterlichen Suchtproblematik

In dem Telefoninterview mit dem alkoholabhängigen Elternteil wurden genaue Angaben zur Alkoholabhängigkeit erhoben, um Details zur Vorgeschichte und zum Ausmaß der Suchterkrankung des betreffenden Elternteils zu erhalten. Die gestellten Fragen zur Abhängigkeitserkrankung bestehen aus selbst konstruierten Items und überprüfen folgende Aspekte:

- In welcher Art von Behandlung befindet sich der abhängige Elternteil derzeit bzw. hat er sich bis vor Kurzem befunden (Antwortmöglichkeiten: „(qualifizierte) Entgiftung“, „stationäre Entwöhnung“, „ambulante Entwöhnung“, „ambulante Beratung“ oder „Sonstiges“)
- Seit wie vielen Jahren besteht das Alkoholproblem (aus Sicht des Befragten)?
- Wie viele Behandlungen hat der Elternteil außer der aktuellen Behandlung schon in Anspruch genommen und um welche Behandlung(en) handelte es sich dabei? (keine Entgiftung, sondern stationäre oder ambulante Entwöhnung oder ambulante Beratung)
- Anderweitiger Substanzkonsum (Tabak, Cannabis, Halluzinogene, Amphetamine, Kokain und/oder Opiate)

Die Items zur Dauer des Alkoholproblems des abhängigen Elternteils und zum Gebrauch weiterer Substanzen wurden auch in den Interviewleitfaden für den nicht-abhängigen Elternteil aufgenommen.

5.3.2.3 Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)

Der „Alcohol Use Disorder Identification Test“ (AUDIT) ist ein von Babor, de la Fuente, Saunders und Grant (1989) entwickeltes und von der WHO empfohlenes Screeninginstrument zur Frühdiagnostik von Alkoholproblemen (Schmidt & Schmidt, 2003c). Der AUDIT fragt sowohl nach durchschnittlich konsumierten Alkoholmengen sowie nach möglichen sozialen und psychologischen Folgen des Konsums. Da in der vorliegenden Untersuchung davon ausgegangen werden kann, dass beim alkoholabhängigen Elternteil bereits im Vorfeld der Studie eine alkoholbezogene Störung ärztlich diagnostiziert wurde, wurde der AUDIT in den Interviewleitfaden für den erkrankten Elternteil nicht integriert. Stattdessen wurde er lediglich in der Befragung des nicht-abhängigen Elternteils eingesetzt, um sicherstellen zu können, dass der vermeintlich nicht-suchtkranke Elternteil tatsächlich keine alkoholbezogene Störung aufweist. Die Items des AUDIT wurden den Studienteilnehmern während des Telefoninterviews durch den Interviewer vorgelesen.

Der AUDIT besteht aus insgesamt 10 Items. Grundsätzlich können die Items des AUDIT wie folgt kategorisiert werden: Fragen 1 bis 3 erfassen einen riskanten Alkoholkonsum, Items 4 bis 6 erfragen Symptome einer Alkoholabhängigkeitserkrankung nach ICD-10 und Fragen 7 bis 10 zielen darauf ab, einen schädlichen Gebrauch nach ICD-10 zu identifizieren (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001). Die ersten acht Items bieten jeweils fünf verschiedene Antwortoptionen, die in der Auswertung jeweils einen Score von 0 bis 5 Punkten erhalten. Wird allerdings die erste Frage („Wie oft haben Sie im letzten Jahr alkoholische Getränke getrunken?“) mit der Antwortoption „Nie“ beantwortet, wird der befragten Person ein Score von 0 zugeteilt und in der Interview-Version des AUDIT werden die folgenden Fragen 2 bis 8 übersprungen. Den übersprungenen Items wird dann jeweils ein Punktwert von 0 zugeteilt. Ein ähnliches Verfahren liegt vor, wenn die Fragen 2 und 3 so beantwortet werden, dass ihnen jeweils ein Punktwert von 0 zugeteilt wird. Auch in diesem Fall werden in der Interview-Version die kommenden Fragen bis einschließlich Frage 8 ausgelassen. Den übersprungenen Items wird dann jeweils ein Score von 0 zugeteilt. Für die letzten beiden Fragen 9 und 10, die in jedem Fall gestellt werden, liegen im Gegensatz zu den anderen Items nur drei Antwortmöglichkeiten vor. Diesen drei Möglichkeiten je nach gewählter Antwort werden Punktwerte von 0, 1 oder 4 zugeteilt.

Der Gesamtscore des AUDIT liegt pro befragte Person zwischen 0 und 40. Der Cut-Off Wert des AUDIT liegt in der deutschen Version bei einem Gesamtscore von 8 Punkten

(Schmidt & Schmidt, 2003c). Werden mehr als 8 Punkte erreicht, weist dies auf ein bestehendes Alkoholproblem hin.

Hinsichtlich der Gütekriterien des AUDIT schildern Babor et al. (2001), dass der AUDIT bei über 2000 Patienten aus dem Gesundheitssystem in 6 verschiedenen Ländern (Norwegen, Australien, USA, Kenia, Mexiko und Bulgarien) validiert wurde. Eine Studie zur Reliabilität des AUDIT belegen eine hohe Retest-Reliabilität ($r = .86$) in einer Stichprobe mit Probanden ohne alkoholbezogene Probleme, Probanden mit Kokainmissbrauch und Alkoholabhängigen (Sinclair, McRee & Babor, 1992). Weitere Studien (Fleming, Barry & MacDonald, 1991; Hays, Merz & Nicolas, 1995; Sinclair et al., 1992) belegten eine hohe interne Konsistenz des AUDIT, so dass er als geeignetes und reliables Instruments zur Erfassung eines einzelnen Konstruktes gelten darf (Babor et al., 2001).

5.3.2.4 Skala „Medikamenteneinnahme“ aus dem Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (FEG)

Um in der vorliegenden Untersuchung auszuschließen, dass beim nicht-alkoholabhängigen Elternteil eine Medikamentenabhängigkeit bzw. ein Medikamentenmissbrauch vorliegt, wurde in den Telefon-Interviewleitfaden für den nicht-abhängigen Elternteil eine Skala zur Erfassung des Medikamentengebrauchs aus dem „Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens“ (FEG) von Dlugosch und Krieger (1995) integriert. Die sieben Items des FEG wurden den Studienteilnehmern durch den Interviewer vorgelesen. Der Befragte wählte dann die passendste Antwortmöglichkeit.

Die verwendete Skala aus dem FEG misst das Ausmaß des Medikamentenkonsums. Die sieben Items erfassen auf einer vierstufigen Likert-Skala, ob bestimmte Arten von Medikamenten (z.B. schmerzstillende Medikamente, anregende Medikamente, beruhigende Medikamente oder Schlafmittel) entweder „4 = Täglich“, „3 = Mehrmals pro Woche“, „2 = Seltener“ oder „1 = Nie“ eingenommen werden. Der Summenwert der Skala, welcher sich zwischen 7 und 28 bewegt, ist als grober Indikator für das Ausmaß an eingenommenen Medikamenten anzusehen.

Ferner können die Antworten dichotom aufgeteilt werden, indem Scores in Höhe von 1 in „0“ umcodiert werden und Score gleich oder höher als 2 in „1“. So erhält man eine Übersicht, welche Medikamente überhaupt eingenommen werden. Die von Dlugosch und Krieger (1995)

in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe ($N = 1019$) ermittelten Normwerte zeigen einen Mittelwert für 41- bis 50-jährige Frauen von 1.45 ($SD = .27$) und für 51- bis 60-jährige Frauen einen Mittelwert von 1.54 ($SD = .33$). 41- bis 50-jährige Männer wiesen einen Mittelwert von 1.35 ($SD = .22$) auf, 51- bis 60-jährige Männer einen Mittelwert von 1.46 ($SD = .28$). Die Konstruktvalidität der Skala zur Medikamenteneinnahme des FEG ist gut belegt (Dlugosch & Krieger, 1995).

5.3.2.5 General Health Questionnaire (GHQ-12)

Trotz seines eventuell missleitenden Titels ist der General Health Questionnaire (GHQ) (Goldberg, 1972; 1978) im Allgemeinen ein Instrument zur Erfassung psychischer Gesundheit bzw. psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung und nicht-psychiatrischen Kliniken sowie in der Primärversorgung oder in der allgemeinmedizinischen Ambulanz.

In der vorliegenden Untersuchung wurde die deutschsprachige Kurzversion des GHQ von Linden, Maier, Achberger, Herr, Helmchen und Benkert (1996) für beide Elternteile verwendet. Diese besteht aus insgesamt 12 Items und wird daher als GHQ-12 bezeichnet. Der GHQ-12 dient in der Regel nicht als psychiatrisches Diagnoseinstrument, vielmehr wird er als Screeninginstrument zur Erfassung genereller psychiatrischer Beeinträchtigung verwendet (Schmitz, Kruse & Tress, 1999). Die 12 Items dieses Fragebogens sind so konstruiert, dass sie das kleinste gemeinsame Vielfache von Symptomen verschiedener psychiatrischer Syndrome erfassen.

Der GHQ-12 enthält 12 Fragen über positive und negative Aspekte der psychischen Gesundheit in den letzten Wochen. Die Fragen werden stets auf einer vierstufigen Skala beantwortet. Die Antwortmöglichkeiten der positiv formulierten Fragen (z.B. „Konnten Sie in den letzten Wochen Ihren Alltagsverpflichtungen mit Freude nachgehen?“ oder „Alles in allem, haben Sie sich in den letzten Wochen einigermaßen zufrieden gefühlt?“) lauten: „Besser als üblich“, „So wie üblich“, „Schlechter als üblich“ und „Viel schlechter als üblich“. Bei den negativ formulierten Items (z.B. „Haben Sie in den letzten Wochen wegen Sorgen weniger geschlafen?“ oder „Haben Sie in den letzten Wochen einen Mangel an Selbstvertrauen gespürt?“) lauten die Antwortmöglichkeiten „Nein, gar nicht“, „Nicht mehr als üblich“, „Mehr als üblich“ und „Viel mehr als üblich“. Die Gesamtbearbeitungszeit des GHQ-12 liegt bei ca. 5 Minuten. In der vorliegenden Untersuchung wurden die Items sowie

die dazugehörigen Antwortmöglichkeiten dem alkoholabhängigen und dem nicht-abhängigen Befragten im Rahmen des Telefoninterviews vorgelesen. Der befragte Elternteil wählte dann die passendste Antwortmöglichkeit.

Im GHQ-12 tragen positiv formulierte Items zu einem höheren Gesamtwert bei, wenn sie mit „Schlechter als üblich“ oder „Viel schlechter als üblich“ beantwortet werden. Negativ formulierte Items erhöhen den Gesamtscore, wenn sie mit „Mehr als üblich“ oder „Viel mehr als üblich“ beantwortet werden. Von vier möglichen Auswertungsmethoden empfehlen Goldberg, Gater, Sartorisu, Ustun, Piccinelli, Gureje und Rutter (1997) eine dichotome Auswertung nach dem Muster 0-0-1-1. Somit entsteht bei negativen Items ein Scoring von „Nein, gar nicht“ = 0, „Nicht mehr als üblich“ = 0, „Mehr als üblich“ = 1 und „Viel mehr als üblich“ = 1. Bei positiven Items erfolgt das Scoring wie folgt: „Besser als üblich“ = 0, „So wie üblich“ = 0, „Schlechter als üblich“ = 1 und „Viel schlechter als üblich“ = 1. Alle Werte der 12 Items werden zu einem Summenwert addiert. Der Gesamtscore kann somit zwischen 0 und 12 liegen. Diese Auswertungsmethode wird auch GHQ-Scoring genannt. Der Empfehlung von Papassotiropoulos, Heun und Maier (1997) zufolge liegt der Cut-Off Score des GHQ-12 bei Personen unter 65 Jahren bei 1 bzw. 2 Punkten: Liegt der Gesamtscore bei 0 Punkten oder 1 Punkt, wird die befragte Person als unauffällig eingestuft. Ist der Gesamtscore gleich 2 Punkte oder liegt er darüber, ist dies ein Indikator, dass bei der befragten Person eine psychiatrische Beeinträchtigung vorliegt.

Trotz der geringen Anzahl von Items ist der GHQ-12 hinsichtlich Reliabilität und Validität mit den längeren Versionen des GHQ vergleichbar (Goldberg et al., 1997). Banks, Clegg, Jackson, Kemp, Stafford und Wall (1980) fanden für den GHQ-12 Alpha-Koeffizienten zwischen .82 und .90. Schmitz et al. (1999) ermittelten einen Alpha-Koeffizienten von .91 im Bereich der Primärversorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Goldberg et al. (1997) kamen zu dem Ergebnis, dass Geschlecht, Alter und Bildungsstand die Validität des GHQ-12 nicht beeinflussen und dass der GHQ-12 über ebenso gute Validitätswerte verfügt wie der GHQ-28, eine der längeren Versionen des GHQ mit 28 Items.

5.3.2.6 Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ) - Elternversion

Von beiden Elternteilen beobachtete Verhaltensauffälligkeiten des Kindes wurden in der vorliegenden Studie über die deutsche Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) (Goodman, 1997; Goodman et al., 1998) erfasst. Ebenso wie die

Selbstberichtsform, die in der Fragebogenuntersuchung mit den Kindern und Jugendlichen verwendet wurde, ermöglicht der Fremdbeurteilungsbogen für die Eltern ein Gesamtauffälligkeits-Screening mit einem relativ kurzen Instrument. Die Elternversion eignet sich für Eltern mit Kindern zwischen 4 und 16 Jahren. In der vorliegenden Untersuchung wurden die Items des SDQ-Deu beiden Elternteilen im Rahmen des Telefoninterviews durch den Interviewer vorgelesen. Der Befragte wählte dann die passendste Antwortmöglichkeit.

Die SDQ-Deu Elternversion besteht, wie die Selbstberichtsform für die Kinder und Jugendlichen, aus insgesamt 25 Items. Die Items des Fremdbeurteilungsbogens für die Eltern sind inhaltlich identisch mit den Items aus dem Selbstberichtsbogen. Der einzige Unterschied besteht darin, dass sie nicht als Ich-Aussage formuliert sind, sondern als Aussagen über das Kind (z.B. „Mein Kind ist rücksichtsvoll“). Aus den 25 Items der Fremdbeurteilungsbögen lassen sich die gleichen fünf Einzelskalen bilden wie in der Selbstberichtsversion. Alle Skalen der Fremdbeurteilungsbögen bestehen inhaltlich aus den gleichen Items wie die Selbstberichtversion. Die fünf Skalen der Fremdbeurteilungsbögen inklusive ihrer Items und Antwortmöglichkeiten sowie das Scoringverfahren sind ausführlich unter 5.3.1.5 beschrieben.

Für die Interpretation der Werte wurde die Verteilung so gewählt, dass in einer Normstichprobe ca. 80% der Kinder als normal, 10% als grenzwertig auffällig und 10% als auffällig klassifiziert wurden (Youth in Mind, 2009). Tabelle 11 gibt die Grenzwerte des Fremdbeurteilungsbogens des SDQ-Deu für die Eltern für die drei Kategorien „Normal“, „Grenzwertig auffällig“ und „Auffällig“ wieder.

Tabelle 11

Grenzwerte der Skalen des Fremdeinschätzungsbogens des SDQ-Deu

	<i>Normal</i>	<i>Grenzwertig</i>	<i>Auffällig</i>
Gesamtproblemwert	0-13	14-16	17-40
Emotionale Probleme	0-3	4	5-10
Verhaltensprobleme	0-2	3	4-10
Hyperaktivität	0-5	6	7-10
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	0-2	3	4-10
Prosoziales Verhalten	6-10	5	0-4

In einer bundesweiten repräsentativen Felderhebung von Woerner, Becker, Friedrich, Klasen, Goodman und Rothenberger (2002) wurde für 930 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 6 und 16 Jahren die Elternversion des SDQ-Deu komplett ausgefüllt. Diese Studie konnte die ursprüngliche faktorielle Struktur, so wie oben beschrieben, auch für die deutsche Version belegen. Die Werte der Fremdbeurteilungsversion des SDQ-Deu korrelieren außerdem hoch mit denen der Child Behaviour Checklist (CBCL)-Elternversion von Döpfner et al. (1994) (Goodman & Scott, 1999; Klasen et al., 2000) sowie mit den validen und reliablen Rutter-Elternfragebögen zur Erfassung der psychischen Gesundheit ihrer Kinder (Goodman, 1997). Dies gilt als Beleg für die Kriteriumsvalidität der SDQ-Deu Elternversion.

5.3.2.7 Family Assessment Measurement-III (FAM-III)

Um die verschiedenen Sichtweisen der Eltern bezüglich familiärer Aspekte mit den Ansichten ihres Kindes zu vergleichen, wurde in beiden Telefon-Interviewleitfaden die Elternversion des deutschen Family Assessment Measurement-III (FAM-III) von Kreppner und Spiel (1992) einbezogen. Ziel der Integration des FAM-III in den Interviewleitfaden für die Eltern war es, die dyadische Eltern-Kind-Beziehung aus der Sicht der Mutter oder des Vaters genau zu beleuchten.

Die in der vorliegenden Untersuchung eingesetzte Elternversion besteht aus denselben vier Skalen aus dem dyadischen FAM-III Zweierbeziehungsbogen, welcher in der Fragebogenuntersuchung mit den Kindern und Jugendlichen eingesetzt wird. Die vier

verwendeten Skalen inklusive der 20 Items, Antwortmöglichkeiten und Scoringverfahren sind unter Punkt 5.3.1.9 ausführlich beschrieben.

Der Unterschied zwischen der Elternversion und der Version, die im Fragebogen für die Jugendlichen eingesetzt wird, besteht einerseits darin, dass die Items in der Elternversion so formuliert werden, dass sie die Beziehung der Mutter oder des Vaters zum Kind aus der Sicht des Elternteils beschreiben (z.B. „Wenn ich meiner Tochter/meinem Sohn etwas erzähle, hört sie/er mir oft nicht richtig zu“) und nicht die Beziehung des Kindes zum Elternteil. Zum Anderen wird im Gegensatz zur Untersuchung mit den Jugendlichen der Zweierbeziehungsbogen nicht vom Befragten selbst ausgefüllt, sondern die Items und Antwortoptionen werden dem befragten Elternteil im Rahmen des Telefoninterviews durch den Interviewer vorgelesen.

Kreppner und Spiel (1992) konnten für die in der vorliegenden Untersuchung verwendeten FAM-III-Skalen für Eltern interne Konsistenzen zwischen Cronbach's Alpha = .42 (Mutter-Kind-Version) und .68 (Vater-Kind-Version) für die Skala „Kommunikation“ feststellen. Für die Skala „Kontrolle“ fanden sie Alpha-Werte zwischen .56 (Mutter-Kind-Version) und .60 (Vater-Kind-Version). Reliabilitäten von .43 (Mutter-Kind-Version) und .64 (Vater-Kind-Version) konnten für die Skala „Werte und Normen“ festgestellt werden.

5.3.2.8 Familien-Beziehungs-Skalen (FBS)

Die Familien-Beziehungs-Skalen (FBS), ein Instrument zur Erfassung der Qualität der wechselseitigen dyadischen Beziehungen zwischen Jugendlichen und ihren Eltern (Spiel, Kreppner & von Eye, 1995), wurden, ebenso wie der FAM-III, in den Telefon-Interviewleitfaden für beide Elternteile integriert. Grundsätzlich sind die FBS dafür konzipiert, dass alle dyadischen Beziehungen innerhalb der Familie erhoben werden können. Das heißt, es können nicht nur die Kinder und Jugendlichen ihre Einschätzung ihrer Beziehungen zu den Eltern abgeben, sondern auch umgekehrt können die Mutter und der Vater ihre Beziehung zu ihrem Kind bewerten. Somit wurden in der Elternbefragung die unter Punkt 5.3.1.10 beschriebenen Skalen des FBS eingesetzt. Im Gegensatz zu der Befragung der Kinder und Jugendlichen wurden hier, wie beim FAM-III, die neun Items und die dazugehörigen vier Antwortmöglichkeiten den Eltern im Rahmen des Telefoninterviews durch den Interviewer vorgelesen.

Das Scoring der Elternbögen verläuft genauso wie das Auswertungsverfahren für die Jugendlichen-Version. Testtheoretische Analysen beziehen sich derzeit nur auf Bögen, in denen Jugendliche ihre Beziehung zu den Eltern bewerten. Es liegen daher keine Ergebnisse zu den Gütekriterien der Elternversionen vor.

5.3.2.9 Übersicht

Tabelle 12 enthält eine Übersicht der erfassten Konstrukte und den entsprechenden Erhebungsinstrumenten.

Tabelle 12

Übersicht der erfassten Konstrukte und der entsprechenden Erhebungsinstrumente für Eltern

Konstrukt	Instrument	Anzahl der Items	Anmerkungen
Soziodemographische Merkmale	Selbst konstruierte Items	8	
Elterliche Alkoholproblematik	Selbst konstruierte Items	4	Fragen zur Anzahl und Art der Behandlungen nur für suchtkranken Elternteil
	AUDIT – Alcohol Use Disorder Identification Test	10	Nur für nicht-erkrankten Elternteil
Medikamenteneinnahme	FEG – Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens, Skala „Medikamenteneinnahme“	7	Nur für nicht-erkrankten Elternteil
Generelle psychiatrische Beeinträchtigung	GHQ-12 – General Health Questionnaire	12	
Verhaltensauffälligkeiten des Kindes	SDQ – Fragebogen zu Stärken und Schwächen (Fremdbeurteilungsversion)	25	
Variablen der Eltern-Kind-Beziehung	FAM-III - Family Assessment Measurement (Elternversion)	20	
	FBS – Familien-Beziehungsskalen (Elternversion)	9	

5.4 Untersuchungsablauf

5.4.1 Ablauf der Untersuchung für die Untersuchungsgruppe

In den mit der Projektleitung kooperierenden stationären und ambulanten Einrichtungen prüften die dort ansässigen leitenden Psychologen⁴, Bezugstherapeuten oder Berater zunächst, welche Patienten aus ihrer Einrichtung gemäß den Einschlusskriterien für die Untersuchung infrage kamen. Ein spezieller Screeningbogen wurde hierfür entwickelt. Fiel das Screening positiv aus, d.h. der Patient kam für die Studie potentiell in Frage, erhielt er vom leitenden Psychologen, Bezugstherapeuten oder Berater einen Informationsbrief von der Projektleitung des DISuP, welcher Inhalt, Ziel und Ablauf der Studie detailliert erläuterte. Wenn sich der Patient an der Studie interessiert zeigte, gab er seinem Kind eine speziell für das Kind angehängte Einladung in Form eines Faltblatts (z.B. bei einem Besuch des Kindes in der Klinik oder im Rahmen einer Heimfahrt), in der Zweck und Durchführung der Studie altersadäquat beschrieben wurden. Zeigte sich auch das Kind bzw. der Jugendliche interessiert, wurde die ebenfalls angehängte Einverständniserklärung von dem Patienten und seinem Kind unterschrieben und an den leitenden Psychologen, Bezugstherapeuten oder Berater zurückgegeben. Es war wichtig, dass auch das Kind bzw. der Jugendliche unterschrieb; denn nur wenn auch das Kind selbst seine Zustimmung zur Teilnahme gab, wurde ihm der Fragebogen zugeschickt. Sobald die Einverständniserklärung dem leitenden Psychologen, Bezugstherapeuten oder Berater vorlag, wurde sie zeitnah per Post an die Projektmitarbeiterin des DISuP und Autorin der vorliegenden Arbeit weitergeleitet.

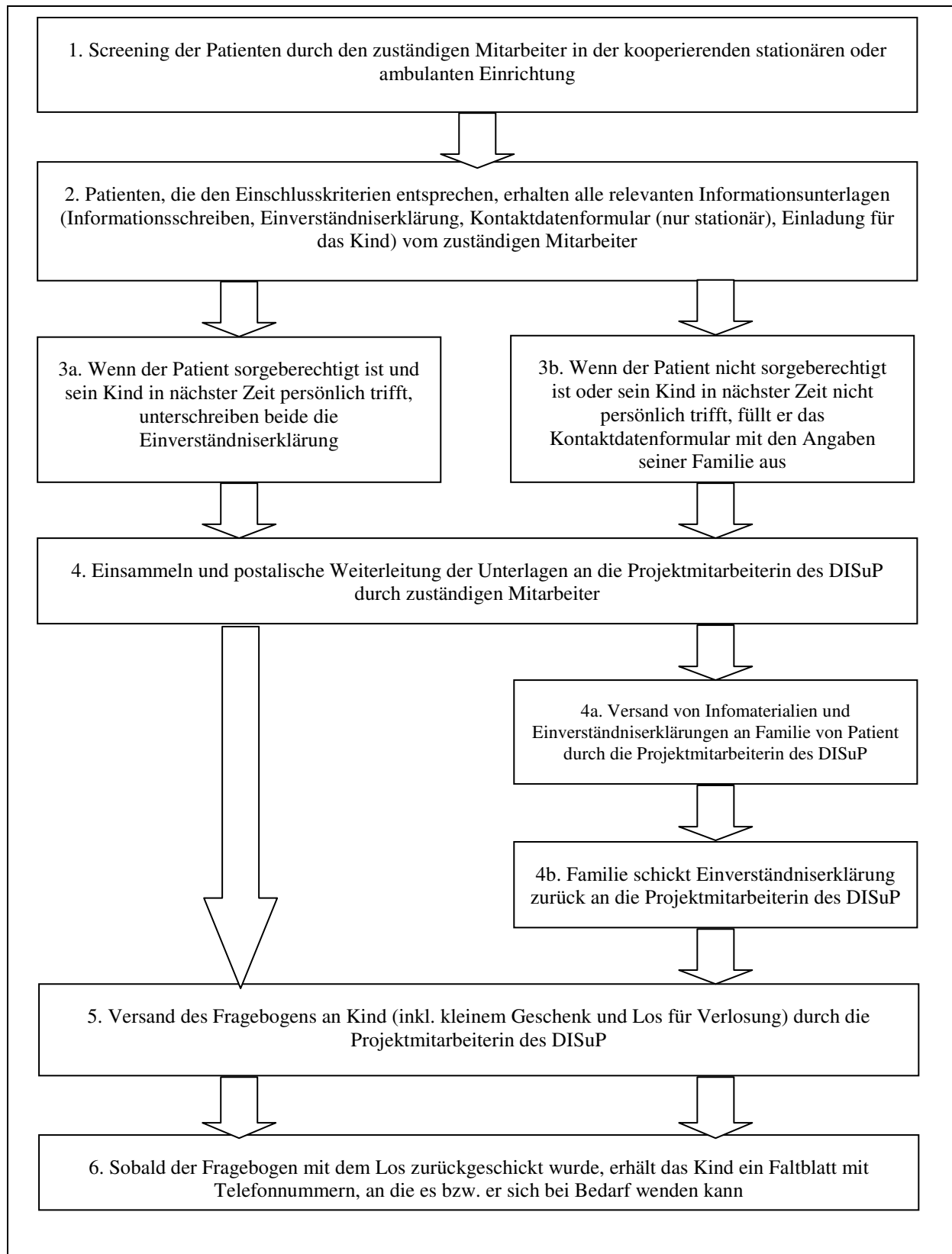
Für den Fall, dass der Patient nicht sorgeberechtigt war oder sein Kind in den nächsten Wochen nicht persönlich treffen sollte, trug er die Kontaktdaten seiner Familie auf einem dem Informationsbrief angehängten Kontaktdatenformular ein und gab dieses an den leitenden Psychologen, Bezugstherapeuten oder Berater weiter. Das Kontaktdatenformular wurde daraufhin postalisch an die Projektmitarbeiterin des DISuP geschickt. Die Projektmitarbeiterin ließ dann der Familie alle notwendigen Informationsmaterialien und die Einverständniserklärung postalisch zukommen. Die Familie konnte die Einverständniserklärung dann unterschreiben und im beigelegten frankierten Rückumschlag zurücksenden. Erhielt die Projektmitarbeiterin nach 14 Tagen keine Reaktion, nahm sie mit

⁴ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in Abschnitt 5.4 nur die männliche Form verwendet, wenn über bestimmte Personen („Psychologen“, „Therapeuten“, „Patienten“, usw.) gesprochen wird. Es sind jedoch stets beide Geschlechter gemeint.

der Familie telefonisch Kontakt auf, um die Komplianz des Kindes bzw. des Jugendlichen zur Teilnahme an der Studie zu erhöhen. Da die Patienten bzw. Klienten der ambulanten Einrichtungen in der Regel nach der Beratung oder Therapie nach Hause zu ihren Kindern zurückkehrten und diese somit unmittelbar auf die Studie ansprechen konnten, wurde das Verfahren mit dem Kontaktdatenformular nicht in den kooperierenden ambulanten Einrichtungen, sondern nur in den stationären Institutionen angewendet.

Nach Erhalt der Einverständniserklärungen bekam das Kind bzw. der Jugendliche von der Projektmitarbeiterin des DISuP das Fragebogenheft zusammen mit einem frankierten Rückumschlag, einem kleinen Geschenk sowie dem Los für das Gewinnspiel zugeschickt. Hatte das Kind bzw. der Jugendliche den Fragebogen innerhalb von 14 Tagen nicht zurückgesendet, wurde es bzw. er von der Projektmitarbeiterin telefonisch kontaktiert, um die Komplianz zu erhöhen. Wurde das Fragebogenheft daraufhin noch immer nicht zurückgesendet, erfolgte ein weiterer Anruf nach drei Wochen. Eine dritte Erinnerung in Form eines schriftlichen Briefes erfolgte nach weiteren drei Wochen, sofern das Fragebogenheft auch nach der zweiten fernmündlichen Erinnerung nicht zurückgesendet wurde. Nachdem das Kind oder der Jugendliche das Fragebogenheft zurückgeschickt hatte, bekam es bzw. er von der Projektmitarbeiterin des DISuP ein Faltblatt mit Telefonnummern und Adressen von Beratungsstellen und Telefon-Hilfshotlines (z.B. „Die Nummer gegen Kummer“ oder „Hilfe – meine Eltern trinken“) zugeschickt, an die er sich im Bedarfsfall wenden kann. Abbildung 5 stellt den schematisierten Ablauf der Untersuchung dar.

Abbildung 5

Schematisierter Untersuchungsablauf in der UG

Für die Elternbefragung, welche zur Untersuchung der beiden Fallbeispiele notwendig war, wurden der Patient sowie sein Ehepartner gebeten, auf der Einverständniserklärung für das Kind in entsprechenden Kästchen zu vermerken, ob auch sie bereit wären, an einem telefonischen Interview für die Studie teilzunehmen. Sobald diese Einverständniserklärungen der Projektmitarbeiterin des DISuP vorlagen, wurden beide Elternteile telefonisch kontaktiert, um für sie passende Termine für die Telefoninterviews zu vereinbaren. Nach der Durchführung der Telefoninterviews mit den Eltern bekamen diese als „Dankeschön“ den Gutschein der Deutschen Bahn zugesandt.

Es muss angeführt werden, dass Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien in der Regel eine schwer erreichbare Gruppe sind (Klein et al., 2003; Velleman & Reuber, 2007). Oftmals leben sie isoliert, ihr unmittelbares Umfeld weiß nichts über die familiäre Alkoholbelastung und/oder das Thema der elterlichen Suchtbelastung wird innerhalb und außerhalb der Familie tabuisiert. Auch die oben beschriebene Rekrutierung der Studienteilnehmer erwies sich als sehr herausfordernd. Kontinuierliche Patientenansprachen sowie fortwährende Überzeugungsarbeiten von den Mitarbeitern in den kooperierenden Einrichtungen waren erforderlich, um die letztendliche Stichprobengröße der vorliegenden Untersuchung zu erreichen. Darüber hinaus waren persönliche Besuche der Projektmitarbeiterin des DISuP in den stationären Einrichtungen unabdingbar, um in persönlichen Gesprächen sowie im Rahmen von Patientenvorträgen die Patienten zu einer Teilnahme an der Studie zu überzeugen. Dennoch erwies sich diese Zugangsweise als einzig erfolgreiche Akquisitionsstrategie. Als alternativer Rekrutierungsweg wurde der Aushang von Informationsfaltblättern in Kliniken, ambulanten Sucht- und Familienberatungsstellen sowie in Kölner Schulen und Hochschulen erprobt. Über diese Strategie konnten jedoch keine Studienteilnehmer gewonnen werden. Dieses Ergebnis deckt sich mit Erfahrungen aus anderen psychologischen Forschungsprojekten, in denen Kinder und Jugendliche aus suchbelasteten Familien als Probanden beteiligt waren (Klein et al., 2003; Velleman & Reuber, 2007).

5.4.2 Ablauf der Untersuchung für die Kontrollgruppe

Die Befragung der Kinder und Jugendlichen aus der KG fand aus zeitökonomischen Gründen im Rahmen von Schülerbefragungen im Klassensetting statt. Hierzu wurden im Vorfeld zwei Schulen aus dem kleinstädtischen Raum mit der Bitte zur Kooperation

kontaktiert. Beide Schulen waren damit einverstanden, dass ihre Schüler an der Befragung teilnahmen. Nach der Zusage wurden die verantwortlichen Kontaktpersonen an den Schulen gebeten, zu planen, welche Klassen oder Kurse an der Befragung teilnehmen werden. Im Anschluss wurden beiden Schulen Informationsschreiben zugeschickt, in denen Zweck, Inhalt und Ablauf der Studie genau beschrieben wurden. Die Kontaktpersonen an den Schulen wurden gebeten, diese an die Schüler zur Weitergabe an die Eltern zu verteilen. Waren die Eltern mit der Teilnahme ihres Kindes an der Studie einverstanden, unterschrieben sie die dem Informationsschreiben angehängte Einverständniserklärung und gab diese wieder dem Kind mit in die Schule, damit es sie dem Lehrer zurückgeben konnte. Für volljährige Schüler aus der gymnasialen Oberstufe wurde ein separates Anschreiben verfasst, weil sie als junge Erwachsene nicht mehr ihre Eltern um Erlaubnis bitten mussten, wenn sie an der Studie teilnehmen wollten. Voraussetzung für die Teilnahme an der Untersuchung für volljährige Schüler war jedoch, dass sie selbst eine Einverständniserklärung unterschreiben.

An den Tagen der Schülerbefragung reiste die Projektmitarbeiterin des DISuP zu den Schulen an, um die Schülerbefragung persönlich durchzuführen. Die Anwesenheit einer Lehrkraft bei der Befragung war weder erwünscht noch notwendig. An der Schule wurden der Projektmitarbeiterin zunächst die unterschriebenen Einverständniserklärungen überreicht. Dann wurde sie in die Klasse geführt, um zunächst einige einleitende Worte zum Hintergrund der Studie zu sprechen. Im Anschluss wurden die Schüler mündlich instruiert, wie das Fragebogenheft zu bearbeiten und auszufüllen sei und auf welche Aspekte sie besonders zu achten haben (z.B. alle Fragen genau lesen, nicht zwei Antwortmöglichkeiten auf einmal ankreuzen, solange dies nicht ausdrücklich erwünscht sei). Dann wurde den Schülern das Fragebogenheft mit dem Los für die Verlosung ausgeteilt. Ihnen wurde nun erklärt, wie sich ihr individueller Geheimcode zusammensetzt. Dieser Geheimcode wurde eingesetzt, da es sich, wie bei der Befragung der UG, um eine anonyme Befragung handelte. Die Schülerinnen und Schüler wurden darauf hingewiesen, weder ihre Namen oder ihre Klasse auf den Fragebögen vermerken, damit keine Rückschlüsse auf Einzelpersonen gezogen werden können.

Nachdem die Schülerinnen und Schüler ihren persönlichen Geheimcode in den Fragebogen eingetragen hatten, füllten sie in Stillarbeit das Fragebogenheft aus. Fragen der Schüler wurden durch die Projektmitarbeiterin des DISuP leise am Schülerpult beantwortet. Die Befragung dauerte pro Klasse bzw. Kurs je nach Alterstufe und dem damit einhergehenden Entwicklungsstand ein bis zwei Schulstunden. Wenn die Schüler fertig

waren, gaben sie den Fragebogen mit dem Los an die Projektmitarbeiterin zurück und verhielten sich leise, damit die Anderen ungestört weiter arbeiten konnten.

5.5 Datenanalyse

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mit dem Programmpaket SPSS 18. Für alle Ergebnisse wurde ein Signifikanzniveau Alpha von 5% festgelegt.

Im Rahmen der Hypothesentestung wurden zur Darstellung deskriptiver Statistiken Häufigkeiten, Mittelwerte und Standardabweichungen verwendet. Für Vergleiche zwischen der alkoholbelasteten UG und der unbelasteten KG wurden univariate und multivariate Varianzanalysen (ANOVAs und MANOVAs) sowie T-Tests für unabhängige Stichproben und χ^2 -Tests durchgeführt. Für geschlechtspezifische Vergleiche innerhalb der UG wurden T-Tests für unabhängige Stichproben und χ^2 -Tests durchgeführt, für die Berechnung altersspezifischer Zusammenhänge innerhalb der UG wurden Korrelationsrechnungen sowie χ^2 -Tests eingesetzt. Zur Erfassung, ob Kinder und Jugendliche innerhalb der UG mit einer höheren Ausprägung von bestimmten kognitiven oder familiären Merkmalen eine höhere oder niedrigere Symptombelastung aufweisen, wurden Korrelationsanalysen und lineare Regressionsanalysen gerechnet. Ferner wurden univariate Varianzanalysen eingesetzt.

6. Ergebnisse

6.1 Verhaltensauffälligkeiten

6.1.1 Psychische Symptombelastung

Hypothese 1 der vorliegenden Untersuchung lautet: „Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien zeigen insgesamt eine signifikant höhere psychische Symptombelastung als Kinder und Jugendliche aus unbelasteten Familien“. Um zunächst die Effekte von Gruppenzugehörigkeit und Geschlecht auf die psychische Symptombelastung zu untersuchen, wurde eine 2 (Gruppenzugehörigkeit: UG, KG) x 2 (Geschlecht: weiblich, männlich) MANOVA durchgeführt mit den SDQ-Skalenwerten für „Emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivität“, „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ und „Prosoziales Verhalten“ als abhängige Variablen. Die Ergebnisse lauten wie folgt:

Gruppenzugehörigkeit. Die multivariaten Testungen ergaben, dass die Gruppenzugehörigkeit einen signifikanten Effekt auf die psychische Symptombelastung besitzt (multivariates $F^5(5, 172) = 2.56, p = .03$). Die Tests der Zwischensubjekteffekte ergaben signifikante Effekte von Gruppenzugehörigkeit auf „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ ($F(1, 176) = 7.88, p = .01$) und marginal signifikante Effekte auf „Emotionale Probleme“ ($F(1, 176) = 3.76, p = .054$). Beide Effekte sind jedoch als schwach zu beurteilen („Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“: $\eta^2 = .04$, „Emotionale Probleme“: $\eta^2 = .02$)⁶. Keine Effekte von Gruppenzugehörigkeit kamen in den abhängigen Variablen „Verhaltensprobleme“ ($F(1, 176) = 2.11, p = .15$), „Hyperaktivität“ ($F(1, 176) = .59, p = .44$) und „Prosoziales Verhalten“ ($F(1, 176) = .04, p = .84$) zum Vorschein.

Aus den Mittelwerten wird deutlich, dass die UG in Hinblick auf „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ belasteter ist als die KG. Gleiches gilt für „Emotionale Probleme“: die UG ist in dieser Hinsicht belasteter als die KG. Tabelle 13 stellt die entsprechenden deskriptiven Statistiken dar.

⁵ nach Wilks` Lambda

⁶ η^2 ist eine Maßzahl für die Stärke des Einflusses eines Faktors (Effektstärke, Effektgröße) bei einer Varianzanalyse (Nachtigall & Wirtz, 2006). Durch dieses Maß wird die praktische Bedeutsamkeit der Ergebnisse abschätzbar.

Tabelle 13

Mittelwerte der SDQ-Skalenwerte „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ und „Emotionale Probleme“ im Gruppenvergleich

	SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	SDQ Emotionale Probleme
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
UG	2.40 (1.85)	3.39 (2.34)
KG	1.81 (1.31)	2.73 (2.27)

Geschlecht. Die multivariaten Testungen ergaben einen signifikanten Effekt des Geschlechts auf die psychische Symptombelastung (multivariates $F(5, 172) = 11.29$, $p < .001$). Dieser Effekt äußert sich signifikant in den univariaten Testungen bei den Skalen „Emotionale Probleme“ ($F(1, 176) = 12.27$, $p < .001$), „Hyperaktivität“ ($F(1, 176) = 11.81$, $p < .001$), und „Prosoziales Verhalten“ ($F(1, 176) = 16.53$, $p < .001$), jedoch nicht bei den Skalen „Verhaltensproblemen“ ($F(1, 176) = 1.48$, $p = .23$) und „Verhaltensproblemen mit Gleichaltrigen“ ($F(1, 176) = 3.73$, $p = .06$). Die Effektstärken sind durchgängig als schwach zu bezeichnen („Emotionale Probleme“: $\eta^2 = .07$; „Hyperaktivität“: $\eta^2 = .06$; „Prosoziales Verhalten“: $\eta^2 = .09$). Aus Tabelle 14 wird ersichtlich, dass Mädchen belasteter sind als Jungen, sowohl in Hinblick auf „Emotionale Probleme“ als auch in Bezug auf „Hyperaktivität“; sie zeigen jedoch mehr „Prosoziales Verhalten“ als Jungen.

Tabelle 14

Mittelwerte der SDQ-Skalenwerte „Emotionale Probleme“, „Hyperaktivität“ und „Prosoziales Verhalten“ im Geschlechtervergleich

	SDQ Emotionale Probleme	SDQ Hyperaktivität	SDQ Prosoziales Verhalten
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
Mädchen	3.61 (2.35)	4.07 (2.05)	8.47 (1.56)
Jungen	2.26 (2.04)	2.99 (1.81)	7.26 (2.00)

Interaktion Gruppenzugehörigkeit x Geschlecht. Es besteht kein signifikanter Interaktionseffekt von Gruppenzugehörigkeit und Geschlecht auf die psychische Symptombelastung (multivariates $F(5, 172) = 2.01, p = .08$). Die univariaten Testungen werden daher nicht besprochen.

Im Folgenden wurden zur weiteren Testung von Hypothese 1 die Effekte von Gruppenzugehörigkeit und Geschlecht auf den SDQ-Gesamtproblemwert berechnet. Hierzu wurde eine univariate Varianzanalyse (ANOVA) mit Gruppenzugehörigkeit (UG, KG) und Geschlecht (weiblich, männlich) als Zwischensubjektfaktoren und dem SDQ-Gesamtproblemwert als abhängige Variable durchgeführt. Es zeigte sich, dass Gruppenzugehörigkeit einen signifikanten Effekt den Gesamtproblemwert besitzt ($F(1, 176) = 3.92, p = .049$). Ebenso existiert ein signifikanter Effekt des Geschlechts auf den Gesamtproblemwert ($F(1, 176) = 8.14, p = .01$). Der Interaktionseffekt von Gruppe und Geschlecht ($F(1, 176) = 2.78, p = .10$) ist nicht signifikant. Die signifikanten Effekte sind durchgehend als schwach zu bezeichnen (Gruppe: $\eta^2 = .02$, Geschlecht: $\eta^2 = .04$).

Die deskriptiven Statistiken zeigen im Gruppenvergleich, dass die UG in Hinblick auf den Gesamtproblemwert belasteter ist als die KG (s. Tabelle 15).

Tabelle 15

Mittelwerte des SDQ-Gesamtproblemwertes im Gruppenvergleich

	SDQ Gesamtproblemwert
	<i>M (SD)</i>
UG	11.32 (5.56)
KG	9.92 (4.08)

Im Geschlechtervergleich wird deutlich, dass Mädchen bezüglich ihres Gesamtproblemwertes belasteter sind als Jungen (siehe Tabelle 16).

Tabelle 16

Mittelwerte des SDQ-Gesamtproblemwertes im Geschlechtervergleich

	SDQ Gesamtproblemwert
	<i>M (SD)</i>
Mädchen	11.54 (4.75)
Jungen	9.21 (4.49)

Um die Ergebnisse in einen Gesamtkontext einordnen zu können, wurden darüber hinaus Häufigkeitsanalysen durchgeführt. So wurde überprüft, wie viele der Kinder und Jugendlichen aus der UG und KG sich in Hinblick auf den SDQ-Gesamtproblemwert im normalen, grenzwertigen oder auffälligen Bereich bewegen. Die Häufigkeitsanalyse ergab, dass 55 (76,4%) Kinder und Jugendliche aus der UG im normalen Bereich des SDQ-Gesamtproblemwertes liegen. Dies entspricht ungefähr den Werten aus der Normalpopulation, in der sich etwa 80% im normalen Bereich bewegen⁷. Im grenzwertigen Bereich befinden sich 12 (16,7%) der betroffenen Kinder und Jugendlichen und im auffälligen Bereich bewegen sich 5 (6,9%) Kinder und Jugendliche aus der UG. Dies bedeutet, dass sich in der UG etwas mehr Kinder und Jugendliche im grenzwertigen Bereich befinden als in der Normalbevölkerung (10%), jedoch etwas weniger Kinder und Jugendliche im auffälligen Bereich (Normalpopulation: 10%).

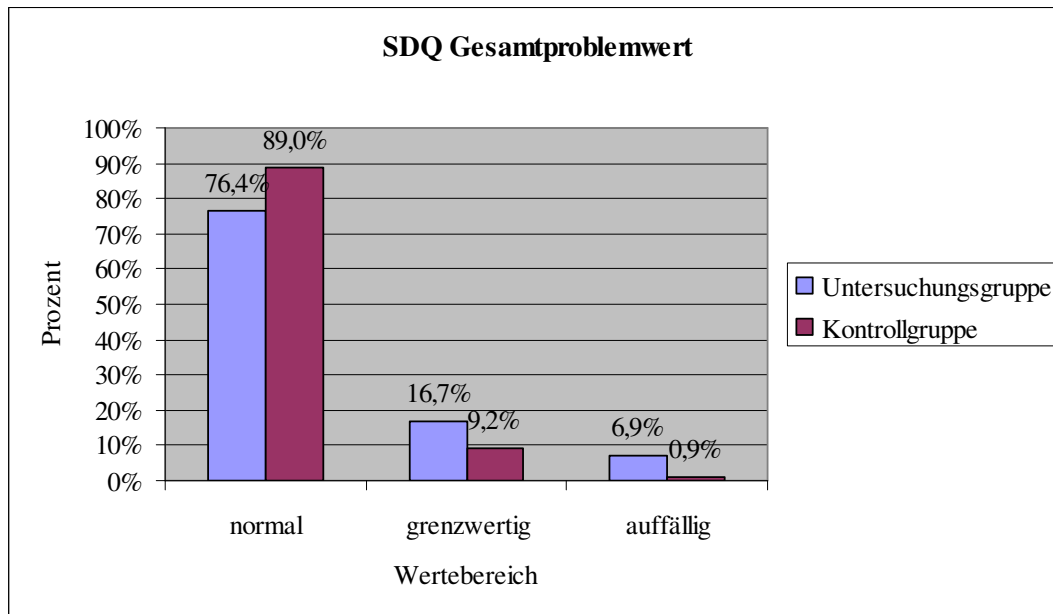
In der KG sind die Kinder und Jugendlichen, wie aus den bisherigen Ergebnissen bereits deutlich wurde, insgesamt weniger belastet als in der UG. In der KG befinden sich 97 (89%) Kinder und Jugendlichen im normalen Bereich. Zehn (9,2%) Kinder und Jugendlichen liegen im grenzwertigen Bereich und lediglich ein (0,9%) Kind aus der KG befindet sich im auffälligen Bereich. So wird im Vergleich zur Normalpopulation deutlich, dass sich in der KG mehr Kinder und Jugendliche im normalen Bereich, etwa gleich viele im grenzwertigen Bereich und weniger Kinder und Jugendliche im auffälligen Bereich bewegen. Abbildung 6

⁷ Wie bereits in 5.3.1.5 erläutert, wurde die Verteilung der Grenzwerte des SDQ durch die Autoren (Youth in Mind, 2009) so gewählt, dass in einer Normstichprobe 80% der Kinder und Jugendliche als „normal“, 10% als „grenzwertig auffällig“ und 10% als „auffällig“ klassifiziert wurden.

stellt die Ergebnisse der Häufigkeitsanalysen für die UG und KG in einem Balkendiagramm dar.

Abbildung 6

Häufigkeitsverteilung der Wertebereiche zum SDQ-Gesamtproblemwert in der UG und KG



Ergebnisse eines χ^2 -Tests zeigen einen signifikanten Zusammenhang zwischen Gruppenzugehörigkeit und dem SDQ-Wertebereich ($\chi^2 = 7.56$, $df = 2$, $p = .02$). Wie schon aus den oben genannten Prozentzahlen ersichtlich wurde, sind in der UG im Vergleich zur KG proportional mehr Kinder und Jugendliche im grenzwertigen oder auffälligen Bereich, aber weniger Kinder und Jugendliche im unauffälligen Bereich einzustufen.

Ein t-Test für unabhängige Stichproben *innerhalb* der UG mit Geschlecht (weiblich, männlich) als unabhängige Variable und dem SDQ-Gesamtproblemwert als abhängige Variable zeigt, dass Mädchen und Jungen aus der UG sich nicht signifikant in Hinblick auf den SDQ-Gesamtproblemwert voneinander unterscheiden ($t = .62$, $df = 70$, $p = .54$). In der oben genannten univariaten Varianzanalyse mit Gruppenzugehörigkeit und Geschlecht als Zwischensubjektfaktoren und dem SDQ-Gesamtproblemwert als abhängige Variable wurde jedoch ein signifikanter Effekt des Geschlechts auf den Gesamtproblemwert gefunden. Es ist also davon auszugehen, dass lediglich innerhalb der KG große Geschlechtsunterschiede vorliegen.

Eine Korrelationsanalyse *innerhalb* der UG mit den Variablen Alter und SDQ-Gesamtproblemwert ergab, dass die beiden Variablen nicht signifikant miteinander korrelieren ($r = .07$, $p = .58$). Es kann daher angenommen werden, dass die Gesamtproblembelastung innerhalb der UG mit zunehmendem Alter nicht ansteigt.

6.1.2 Alkoholkonsum

Hypothese 2 der vorliegenden Untersuchung postuliert, dass Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien mehr Alkohol konsumieren als Kinder und Jugendliche aus unbelasteten Familien. Dies wurde zunächst anhand der Lebenszeitprävalenz für Alkoholkonsum überprüft. Diese wurde erfasst, indem die Kinder und Jugendlichen aus der UG und KG gefragt wurden, ob sie in ihrem Leben schon einmal Alkohol getrunken haben. Für die statistische Auswertung wurden die ursprünglichen Antwortkategorien („Nein, nie“, „Ja, aber nur einen Schluck probiert“, „Ja, aber ich trinke keinen Alkohol mehr“, „Ja, ich trinke gelegentlich“ und „Ja, ich trinke gelegentlich“) zusammengefasst in die drei Kategorien „Niemals“, „Kein aktueller Konsum“, „Aktueller Konsum“. Ein χ^2 -Test ergab wider Erwarten, dass kein signifikanter Zusammenhang zwischen Gruppenzugehörigkeit (UG, KG) und der Lebenszeitprävalenz in Bezug auf Alkoholkonsum besteht ($\chi^2 = 4.48$, $df = 2$, $p = .11$). Kinder und Jugendliche aus der UG weisen somit keine proportional höhere Lebenszeitprävalenz hinsichtlich ihres Alkoholkonsums auf als Kinder und Jugendliche aus der KG.

Darüber hinaus wurden jene Kinder und Jugendlichen aus der UG und KG, die in ihrem Leben schon einmal Alkohol getrunken haben, gefragt, wie häufig sie im letzten Monat fünf oder mehr alkoholische Getränke bei der letzten Trinkgelegenheit zu sich genommen haben („binge drinking“). Die zuvor gegebenen Antwortkategorien („Nie“, „1-3 Mal“, „4-10 Mal“ und „Mehr als 10 Mal“) wurden zusammengefasst in die drei Kategorien „Niemals“, „1-3 Mal“ und „Mehr als 4 Mal“. Ein χ^2 -Test zeigt wider Erwarten, dass kein signifikanter Zusammenhang zwischen Gruppenzugehörigkeit (UG, KG) und „binge drinking“ im letzten Monat vorliegt ($\chi^2 = 3.19$, $df = 2$, $p = .20$). Somit betreiben Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien proportional betrachtet nicht mehr „binge drinking“ als Kinder und Jugendliche aus unbelasteten Familien.

Ferner wurde die Rolle des Geschlechts für den Alkoholkonsum *innerhalb* der UG näher betrachtet. Es zeigte sich, dass das Geschlecht und die Lebenszeitprävalenz keinen

signifikanten Zusammenhang aufweisen ($\chi^2 = 2.59$, $df = 2$, $p = .27$). Gleiches gilt für „binge drinking“, auch hier zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang mit dem Geschlecht ($\chi^2 = 1.17$, $df = 2$, $p = .56$). Es ist somit davon auszugehen, dass sich Jungen und Mädchen aus alkoholbelasteten Familien nicht voneinander hinsichtlich ihres Konsumverhaltens unterscheiden.

Um die Bedeutung des Alters für den Alkoholkonsum *innerhalb* der UG zu untersuchen, wurden die Kinder und Jugendlichen für die statistischen Berechnungen zunächst in verschiedene Altersstufen eingeteilt („11-12 Jahre“, „13-14 Jahre“, „15-16 Jahre“, „17-19 Jahre“). Ein χ^2 -Test zeigt, dass Altersgruppe und Lebenszeitprävalenz signifikant miteinander zusammenhängen ($\chi^2 = 38.55$, $df = 6$, $p < .001$). Erwartungsgemäß steigt der Alkoholkonsum innerhalb der UG proportional mit zunehmendem Alter. Tabelle 17 illustriert die entsprechenden Häufigkeiten.

Tabelle 17

Lebenszeitprävalenz für Alkoholkonsum nach Altersgruppe innerhalb der UG

	<i>Niemals</i>	<i>Kein aktueller Konsum</i>	<i>Aktueller Konsum</i>
11 - 12 Jahre	4 (50%)	3 (37.5%)	1 (12,5%)
13 - 14 Jahre	6 (30%)	10 (50%)	4 (20%)
15 – 16 Jahre	1 (4,2%)	6 (25%)	17 (70,8%)
17 – 19 Jahre	0 (0%)	0 (0%)	20 (100%)

Hinsichtlich des Trinkmusters „binge drinking“ zeigte sich jedoch, dass Altersgruppe und „binge drinking“ nicht signifikant miteinander zusammenhängen ($\chi^2 = 10.77$, $df = 6$, $p = .10$). Somit kann konstatiert werden, dass das Konsummuster „binge drinking“ innerhalb der UG mit zunehmendem Alter nicht proportional ansteigt.

6.2 Kognitive Variablen

6.2.1 Vergleiche zwischen der UG und der KG

6.2.1.1 Bewältigungsverhalten

Hypothese 3 der vorliegenden Untersuchung lautet, dass sich Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien in ihrer Verwendung von *effektiven* Bewältigungsstrategien im Umgang mit einem allgemeinen Problem signifikant von Kindern und Jugendlichen aus unbelasteten Familien unterscheiden. Um dementsprechend die Effekte von Gruppenzugehörigkeit und Geschlecht auf *effektive* Bewältigungsstrategien beim Umgang mit einem allgemeinen Problem zu berechnen, wurde eine 2 (Gruppenzugehörigkeit: UG, KG) x 2 (Geschlecht: weiblich, männlich) MANOVA mit den KIDCOPE-Skalenscores für „Ablenkung“, „Sozialer Rückzug“, „Kognitives Umordnen“, „Beschuldigen der Anderen“, „Problemlösen“, „Affektäußerung“ und „Soziale Unterstützung“ als abhängige Variablen durchgeführt. Das „allgemeine Problem“ bezog sich in der Regel auf Themen wie Schule, Familie, Freunde oder Liebesbeziehungen. Die Ergebnisse der MANOVA lauten wie folgt:

Gruppenzugehörigkeit. Es existiert kein signifikanter Effekt von Gruppenzugehörigkeit auf effektives Bewältigungsverhalten bei einem allgemeinen Problem (multivariates $F(7, 142) = 1.43, p = .20$). Die erwarteten Gruppenunterschiede bestehen also nicht.

Geschlecht. Es besteht kein signifikanter Effekt des Geschlechts auf effektives Bewältigungsverhalten bei einem allgemeinen Problem (multivariates $F(7, 142) = 1.70, p = .11$). Somit unterscheiden sich Jungen und Mädchen nicht in ihrer Anwendung von effektiven Bewältigungsstrategien.

Interaktion Gruppenzugehörigkeit x Geschlecht. Es gibt keinen signifikanten Interaktionseffekt von Gruppenzugehörigkeit und Geschlecht auf effektives Bewältigungsverhalten bei einem allgemeinen Problem (multivariates $F(7, 142) = 1.10, p = .37$). Es kann daher angenommen werden, dass die Effekte von Gruppenzugehörigkeit auf effektives Bewältigungsverhalten über die beiden Geschlechtergruppen konsistent sind und umgekehrt.

Nach **Hypothese 4** der vorliegenden Untersuchung unterscheiden sich Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien in ihrer Verwendung von *ineffektiven*

Bewältigungsstrategien im Umgang mit einem allgemeinen Problem signifikant von Kindern und Jugendlichen aus unbelasteten Familien. Um demgemäß die Effekte von Gruppenzugehörigkeit und Geschlecht auf *ineffektive* Bewältigungsstrategien beim Umgang mit einem allgemeinen Problem zu berechnen, wurde eine 2 (Gruppenzugehörigkeit: UG, KG) x 2 (Geschlecht: weiblich, männlich) MANOVA mit den KIDCOPE-Skalenscores für „Selbstkritik“, „Wunschdenken“ und „Resignation“ als abhängige Variablen durchgeführt. Die Ergebnisse sind wie folgt:

Gruppenzugehörigkeit. Es konnte kein signifikanter Effekt von Gruppenzugehörigkeit auf ineffektives Bewältigungsverhalten bei einem allgemeinen Problem nachgewiesen werden (multivariates $F(3, 153) = .09$, $p = .97$). Daher unterscheiden sich die beiden Gruppen UG und KG nicht voneinander hinsichtlich ihrer Verwendung von ineffektiven Bewältigungsstrategien.

Geschlecht. Es existiert kein signifikanter Effekt des Geschlechts auf ineffektives Bewältigungsverhalten bei einem allgemeinen Problem (multivariates $F(3, 153) = .35$, $p = .81$). Es bestehen also keinerlei Geschlechtsunterschiede.

Interaktion Gruppenzugehörigkeit x Geschlecht. Es besteht kein signifikanter Interaktionseffekt von Gruppenzugehörigkeit und Geschlecht auf ineffektives Bewältigungsverhalten bei einem allgemeinen Problem (multivariates $F(3, 153) = 1.64$, $p = .18$).

6.2.1.2 Selbstwirksamkeitserwartungen

Um die Effekte von Gruppenzugehörigkeit und Geschlecht auf die Selbstwirksamkeitserwartungen der befragten Kinder und Jugendlichen zu berechnen, wurde eine univariate Varianzanalyse (ANOVA) mit Gruppenzugehörigkeit (UG, KG) und Geschlecht (weiblich, männlich) als Zwischensubjektfaktoren und dem SWE-Gesamtwert als abhängige Variable durchgeführt. So konnte **Hypothese 5** getestet werden, welche besagt, dass Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien über signifikant weniger Selbstwirksamkeitserwartungen verfügen als unbelastete Kinder und Jugendliche. Es zeigte sich, dass die Gruppenzugehörigkeit einen signifikanten Effekt auf Selbstwirksamkeitserwartungen ($F(1, 158) = 5.14$, $p = .03$) besitzt. Dieser Effekt ist allerdings als schwach zu bezeichnen ($\eta^2 = .03$). Der Effekt von Geschlecht auf Selbstwirksamkeitserwartungen sowie der Interaktionseffekt von Gruppenzugehörigkeit und

Geschlecht sind nicht signifikant (Geschlecht: $F(1, 158) = .37$, $p = .54$; Geschlecht x Gruppenzugehörigkeit: $F(1, 158) = 1.82$, $p = .18$). Aus einer Betrachtung der Mittelwerte wird deutlich, dass Kinder und Jugendliche aus der UG ($M = 27.59$, $SD = 5.67$) hypothesenkonform insgesamt über weniger Selbstwirksamkeitserwartungen verfügen als Kinder und Jugendliche aus der KG ($M = 29.48$, $SD = 4.95$).

6.2.1.3 Dysfunktionale Schemata

Um **Hypothese 6** der vorliegenden Untersuchung („Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien verfügen über signifikant mehr dysfunktionale Schemata als Kinder und Jugendliche aus unbelasteten Familien“) zu überprüfen, wurde eine 2 (Gruppenzugehörigkeit: UG, KG) x 2 (Geschlecht: weiblich, männlich) MANOVA mit den SQC-Skalenwerten für „Minderwertigkeit“, „Persönliche Vulnerabilität“, „Persönliche Fähigkeiten“ und „Schutzbedürftigkeit“ als abhängige Variablen durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen das Folgende:

Gruppenzugehörigkeit. Es gibt keinen signifikanten Effekt von Gruppenzugehörigkeit auf dysfunktionale Schemata (multivariates $F(4, 157) = 1.37$, $p = .25$). Die erwarteten Gruppenunterschiede hinsichtlich dysfunktionaler Schemata existieren also nicht.

Geschlecht. Es wurde kein signifikanter Effekt des Geschlechts auf dysfunktionale Schemata nachgewiesen (multivariates $F(4, 147) = 2.06$, $p = .09$). Jungen und Mädchen unterscheiden sich daher nicht in Bezug auf dysfunktionale Schemata.

Interaktion Gruppenzugehörigkeit x Gruppe. Es besteht kein signifikanter Interaktionseffekt von Gruppe und Geschlecht auf dysfunktionale Schemata (multivariates $F(4, 157) = 1.72$, $p = .15$).

6.2.1.4 Automatische Gedanken

Hypothese 7 der vorliegenden Untersuchung postuliert, dass Kinder und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien über signifikant mehr *negative* automatische Gedanken in Bezug auf „Negative Selbstaussagen“ verfügen als Kindern und Jugendliche aus unbelasteten Familien. Um diese Hypothese zu testen, wurde eine univariate Varianzanalyse (ANOVA) mit Gruppenzugehörigkeit (UG, KG) und Geschlecht (weiblich, männlich) als Zwischensubjektfaktoren und dem FAG-Skalenwert für „Negative Selbstaussagen“ als

abhängige Variable durchgeführt. Es stellte sich heraus, dass das Geschlecht einen schwachen, aber signifikanten Effekt auf „Negative Selbstaussagen“ ($F(1, 162) = 4.83$, $p = .03$, $\eta^2 = .03$) besitzt. Der Effekt von Gruppenzugehörigkeit ($F(1, 162) = 2.36$, $p = .13$) sowie der Interaktionseffekt von Gruppenzugehörigkeit und Geschlecht auf „Negative Selbstaussagen“ sind nicht signifikant ($F(1, 162) = 2.70$, $p = .10$). Eine Betrachtung der deskriptiven Statistiken verdeutlicht, dass Mädchen mehr negative automatische Gedanken bezüglich „Negative Selbstaussagen“ haben als Jungen (s. Tabelle 18). Die erwarteten Unterschiede zwischen der UG und der KG bestehen jedoch nicht.

Tabelle 18

Mittelwerte des FAG-Skalenwertes für „Negative Selbstaussagen“ im Geschlechtervergleich

	FAG Negative Selbstaussagen
	<i>M (SD)</i>
Mädchen	26.48 (11.17)
Jungen	22.38 (8.83)

Um die Effekte von Gruppenzugehörigkeit und Geschlecht auf *positive* automatische Gedanken hinsichtlich Wohlbefinden und Selbstvertrauen zu berechnen, wurde eine 2 (Gruppenzugehörigkeit: UG, KG) x 2 (Geschlecht: weiblich, männlich) MANOVA mit den FAG-Skalenwerten zu „Wohlbefinden“ und „Selbstvertrauen“ als abhängige Variablen durchgeführt. So konnte **Hypothese 8** überprüft werden, welche besagt, dass Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien über signifikant weniger positive automatische Gedanken in Bezug auf „Wohlbefinden“ und „Selbstvertrauen“ verfügen als unbelastete Kinder und Jugendliche. Die Ergebnisse waren wie folgt:

Gruppenzugehörigkeit. Es besteht kein signifikanter Effekt von Gruppenzugehörigkeit auf positive automatische Gedanken (multivariates $F(2, 165) = 1.79$, $p = .17$).

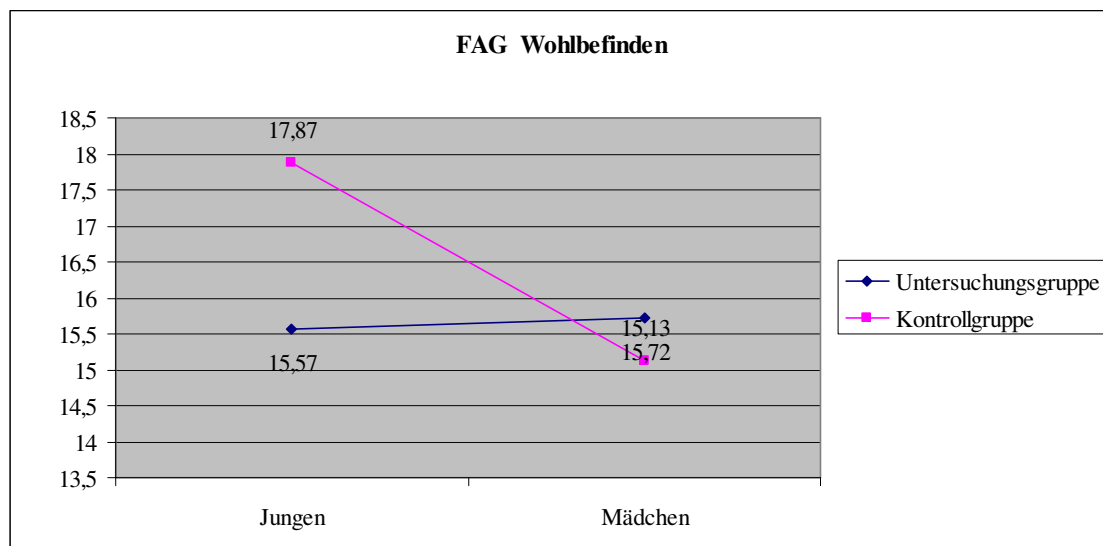
Geschlecht. Es existiert kein signifikanter Effekt des Geschlechts auf positive automatische Gedanken (multivariates $F(2, 165) = 1.63$, $p = .20$).

Interaktion Gruppenzugehörigkeit x Geschlecht. Es gibt einen marginal signifikanten Interaktionseffekt von Gruppenzugehörigkeit und Geschlecht auf positive automatische Gedanken (multivariates $F(2, 165) = 2.97$, $p = .054$). Dieser Effekt äußert sich in den

univariaten Testungen beim FAG-Skalenwert für „Wohlbefinden“ ($F(1, 166) = 4.06, p = .04$) mit einem schwachen Effekt ($\eta^2 = .02$), jedoch nicht beim FAG-Skalenwert für „Selbstvertrauen“ ($F(1, 166) = .00, p = .97$). Eine Betrachtung der deskriptiven Statistiken zeigt, dass Mädchen aus der UG ($M = 15.72, SD = 4.52$) mehr „Wohlbefinden“ empfinden als Mädchen aus der KG ($M = 15.13, SD = 4.84$). Jungen aus der UG ($M = 15.57, SD = 4.93$) hingegen erleben weniger „Wohlbefinden“ als Jungen aus der KG ($M = 17.87, SD = 4.04$). Abbildung 7 illustriert diese Ergebnisse anhand eines Profildiadgramms.

Abbildung 7

Mittelwerte der FAG-Skalenwerte für „Wohlbefinden“ im Gruppen- und Geschlechtervergleich



6.2.2 Geschlechts- und altersspezifische Auswertungen in Hinblick auf kognitive Variablen innerhalb der UG

T-Tests für unabhängige Stichproben belegen, dass sich Mädchen und Jungen *innerhalb* der UG in Hinblick auf die erfassten kognitiven Muster nicht signifikant voneinander unterscheiden (s. Tabelle 19).

Tabelle 19

Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben zur Erfassung von Geschlechtsunterschieden in Hinblick auf kognitive Variablen innerhalb der UG

	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
KIDCOPE Ablenkung	1.16	59.30	.25
KIDCOPE Sozialer Rückzug	.57	61	.57
KIDCOPE Kognitives Umordnen	.78	61	.44
KIDCOPE Beschuldigung der Anderen	1.12	61	.27
KIDCOPE Problemlösen	-.40	61	.69
KIDCOPE Affektäußerung	.86	60	.39
KIDCOPE Soziale Unterstützung	.47	61	.64
KIDCOPE Selbstkritik	-.56	61	.58
KIDCOPE Wunschdenken	-.65	59.55	.53
KIDCOPE Resignation	-.92	61	.35
SWE Selbstwirksamkeitserwartungen	.44	44	.66
SQC Minderwertigkeit	-.86	68	.39
SQC Persönliche Vulnerabilität	-.25	67	.80
SQC Persönliche Fähigkeiten	-1.17	66	.25
SQC Schutzbedürftigkeit	-.77	67	.44
FAG Negative Selbstaussagen	.33	67	.74
FAG Wohlbefinden	.13	67	.90
FAG Selbstvertrauen	-.82	69	.41

Korrelationsanalysen befanden, dass *innerhalb* der UG zwischen dem Alter und kognitiven Mustern keinerlei signifikanten Zusammenhänge bestehen (nach Bonferroni-Korrektur). Es ist also davon auszugehen, dass sich kognitive Muster innerhalb der UG im Laufe der Zeit nicht verändern. Tabelle 20 listet die Ergebnisse der Korrelationsanalysen.

Tabelle 20

Ergebnisse der altersspezifischen Korrelationsanalysen innerhalb der UG in Bezug auf kognitive Muster

	Alter		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>
KIDCOPE Ablenkung	.09	.49	1.00
KIDCOPE Sozialer Rückzug	-.01	.95	1.00
KIDCOPE Kognitives Umordnen	.05	.71	1.00
KIDCOPE Beschuldigung der Anderen	-.16	.21	1.00
KIDCOPE Problemlösen	.34	.01	.18
KIDCOPE Affektäußerung	.06	.65	1.00
KIDCOPE Soziale Unterstützung	.21	.10	1.00
KIDCOPE Selbstkritik	.03	.81	1.00
KIDCOPE Wunschdenken	.07	.60	1.00
KIDCOPE Resignation	-.06	.67	1.00
SWE Selbstwirksamkeitserwartungen	.14	.28	1.00
SQC Minderwertigkeit	.00	.97	1.00
SQC Persönliche Vulnerabilität	.00	1.00	1.00
SQC Persönliche Fähigkeiten	.26	.03	.54
SQC Schutzbedürftigkeit	.19	.11	1.00
FAG Negative Selbstaussagen	.07	.57	1.00
FAG Wohlbefinden	.02	.90	1.00
FAG Selbstvertrauen	.09	.44	1.00

* $p' \leq .05$; ** $p' \leq .01$; *** $p' \leq .001$

Anmerkung: p' steht für einen Bonferroni-adjustierten p-Wert.

6.2.3 Analyse der Bedeutung kognitiver Variablen für die psychische Symptombelastung

6.2.3.1 Bewältigungsverhalten

Als zentraler Bestandteil der vorliegenden Arbeit soll *innerhalb* der UG die Bedeutung kognitiver Faktoren für die psychische Symptombelastung von betroffenen Kindern und Jugendlichen näher analysiert werden. Somit lautet **Hypothese 9**: „Je häufiger Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien *effektive* Bewältigungsstrategien für den Umgang mit dem elterlichen Suchtproblem verwenden, desto geringer ist ihre psychische Symptombelastung“. Hierzu wurden innerhalb der UG Korrelationen zwischen dem SDQ-Gesamtproblemwert und den Skalenscores der effektiven Bewältigungsstrategien („Ablenkung“, „Sozialer Rückzug“, „Kognitives Umordnen“, „Beschuldigung der Anderen“, „Problemlösen“, „Affektäußerung“, „Soziale Unterstützung“) berechnet. Es wird ersichtlich, dass der SDQ-Gesamtproblemwert lediglich mit „Ablenkung“ signifikant zusammenhängt ($r = .39$, $p' = .01$ (Bonferroni-korrigierter p-Wert)). Es handelt sich um eine geringe Korrelationen, die unerwarteterweise positiv ausfällt. Weitere signifikante Zusammenhänge zwischen dem SDQ-Gesamtproblemwert und den Skalenscores der effektiven Bewältigungsstrategien bestehen nicht (s. Tabelle 21).

Tabelle 21

Ergebnisse der Korrelationsanalysen mit dem SDQ-Gesamtproblemwert und Variablen der effektiven Bewältigung innerhalb der UG

	SDQ-Gesamtproblemwert		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>
KIDCOPE Ablenkung	.39**	.001	.01
KIDCOPE Sozialer Rückzug	.28	.02	.14
KIDCOPE Kognitives Umordnen	-.32	.01	.07
KIDCOPE Beschuldigung der Anderen	.12	.35	1.00
KIDCOPE Problemlösen	.02	.89	1.00
KIDCOPE Affektäußerung	.33	.01	.07
KIDCOPE Soziale Unterstützung	.06	.65	1.00

* $p' \leq .05$; ** $p' \leq .01$; *** $p' \leq .001$

Da sich der SDQ-Gesamtproblemwert aus vier SDQ-Skalenwerten („Emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivität“, „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“) ergibt, war es weiterhin aufschlussreich zu untersuchen, welche weiteren Zusammenhänge zwischen den Variablen der effektiven Bewältigung und den SDQ-Skalenwerten bestehen. Daher wurden weitere Korrelationsanalysen mit den vier oben genannten SDQ-Skalenwerten sowie zusätzlich dem SDQ-Skalenwert „Prosoziales Verhalten“ und den Skalenwerten für die effektiven Bewältigungsstrategien durchgeführt. Es besteht lediglich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Bewältigungsstrategie „Affektäußerung“ und dem SDQ-Skalenwert „Emotionale Probleme“ ($r = .41$, $p' = .04$). Die Korrelation ist gering und wider Erwarten positiv. Tabelle 22 illustriert die Befunde der Korrelationsanalysen.

Tabelle 22

Ergebnisse der Korrelationsanalysen mit den SDQ-Skalenwerten und Variablen der effektiven Bewältigung innerhalb der UG

	SDQ Emotionale Probleme			SDQ Verhaltensprobleme			SDQ Hyperaktivität			SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen			SDQ Prosoziales Verhalten		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>
KID-COPE Ablenkung	.33	.01	.35	.25	.05	1.00	.37	.003	.11	.09	.51	1.00	-.09	.49	1.00
KID-COPE Sozialer Rückzug	.34	.01	.35	.08	.54	1.00	.12	.34	1.00	.21	.11	1.00	.06	.63	1.00
KID-COPE Kognitives Umordnen	-.32	.01	.35	-.13	.31	1.00	-.15	.26	1.00	-.26	.04	1.00	-.03	.82	1.00
KID-COPE Beschuldigung der Anderen	.13	.32	1.00	.07	.58	1.00	.08	.54	1.00	.04	.77	1.00	-.13	.31	1.00
KID-COPE Problemlösen	.28	.02	.70	-.23	.07	1.00	-.04	.78	1.00	-.05	.70	1.00	.26	.04	1.00
KID-COPE Affektäusserung	.41*	.001	.04	.19	.13	1.00	.18	.16	1.00	.08	.53	1.00	.02	.89	1.00
KID-COPE Soziale Unterstützung	-.07	.61	1.00	.06	.65	1.00	.23	.07	1.00	-.07	.58	1.00	.17	.18	1.00

* $p' \leq .05$; ** $p' \leq .01$; *** $p' \leq .001$

Nach **Hypothese 10** der vorliegenden Untersuchung haben Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien eine höhere psychische Symptombelastung, je häufiger sie *ineffektive* Bewältigungsstrategien für den Umgang mit dem elterlichen Suchtproblem verwenden. Um diese Hypothese zu überprüfen, wurden zunächst Korrelationen zwischen

dem SDQ-Gesamtproblemwert und den Skalenwerten der ineffektiven Bewältigungsstrategien („Selbstkritik“, „Wunschdenken“, „Resignation“) berechnet. Es stellte sich heraus, dass der SDQ-Gesamtproblemwert nur mit der Strategie „Wunschdenken“ signifikant zusammenhängt ($r = .53$, $p' < .001$). Diese Korrelation ist mittel und erwartungsgemäß positiv. Tabelle 23 fasst die Ergebnisse der Korrelationsanalysen zusammen.

Tabelle 23

Ergebnisse der Korrelationsanalysen mit dem SDQ-Gesamtproblemwert und Variablen der ineffektiven Bewältigung innerhalb der UG

	SDQ Gesamtproblemwert		
	r	p	p'
KIDCOPE Selbstkritik	.14	.28	.84
KIDCOPE Wunschdenken	.53***	.00	.00
KIDCOPE Resignation	.10	.43	1.00

* $p' \leq .05$; ** $p' \leq .01$; *** $p' \leq .001$

Um zu untersuchen, auf welche Störungsbilder dieser Zusammenhang zurückzuführen ist, wurden weitere Korrelationsanalysen mit den SDQ-Skalenwerten („Emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivität“, „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“, „Prosoziales Verhalten“) und den Skalenwerten für die ineffektiven Bewältigungsstrategien gerechnet. Es bestehen lediglich signifikante Zusammenhänge zwischen „Wunschdenken“ und „Emotionale Probleme“ ($r = .50$, $p' < .001$) sowie zwischen „Wunschdenken“ und „Hyperaktivität“ ($r = .40$, $p' = .02$). Diese Korrelationen sind gering, aber erwartungsgemäß positiv. Tabelle 24 stellt die Ergebnisse der Korrelationsanalysen dar.

Tabelle 24

Ergebnisse der Korrelationsanalysen mit den SDQ-Skalenwerten und Variablen der ineffektiven Bewältigung innerhalb der UG

	SDQ Emotionale Probleme			SDQ Verhaltensprobleme			SDQ Hyperaktivität			SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen			SDQ Prosoziales Verhalten		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>
KIDCOPE Selbstkritik	.17	.18	1.00	.07	.61	1.00	.11	.38	1.00	.00	.99	1.00	.04	.74	1.00
KIDCOPE Wunschdenken	.50***	.00	.00	.31	.02	.30	.40*	.001	.02	.20	.11	1.00	-.06	.62	1.00
KIDCOPE Resignation	.02	.86	1.00	-.01	.92	1.00	.06	.64	1.00	.22	.09	1.00	.06	.63	1.00

* $p' \leq .05$; ** $p' \leq .01$; *** $p' \leq .001$

6.2.3.2 Selbstwirksamkeitserwartungen

Zur Überprüfung von **Hypothese 11** („Je höher die Selbstwirksamkeitserwartungen bei Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien, desto geringer ist ihre psychische Symptombelastung“) wurde eine Korrelationsanalyse mit dem SDQ-Gesamtwert und dem SWE-Gesamtscore innerhalb der UG durchgeführt. Zwischen den beiden Variablen besteht eine signifikante mittlere Korrelation ($r = -.60$, $p < .001$), welche erwartungsgemäß negativ ist.

Um zu überprüfen, auf welche Symptomskalen der Zusammenhang zurückzuführen ist, wurden weitere Korrelationsanalysen mit dem SWE-Gesamtwert und den SDQ-Skalenwerten („Emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivität“, „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ und „Prosoziales Verhalten“) durchgeführt. Es bestehen signifikante, mittlere Korrelationen zwischen dem SWE-Gesamtscore und den SDQ-Skalenwerten für „Emotionale Probleme“ ($r = -.57$, $p' < .001$), und „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ ($r = -.66$, $p' < .001$). Tabelle 25 fasst die Ergebnisse der Korrelationsanalysen zusammen.

Tabelle 25

Ergebnisse der Korrelationsanalysen mit dem SWE-Gesamtscore und den SDQ-Skalenwerten innerhalb der UG

	SDQ Emotionale Probleme			SDQ Verhaltensprobleme			SDQ Hyperaktivität			SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen			SDQ Prosoziales Verhalten		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>
SWE Total	-.57***	.00	.00	-.24	.05	.25	-.18	.14	.07	-.66***	.00	.00	.17	.17	.85

* $p' \leq .05$; ** $p' \leq .01$; *** $p' \leq .001$

Bei den in Hypothese 11 angenommenen Zusammenhängen sollte es sich um ein für die belastete UG spezifisches Phänomen handeln. Dementsprechend sollten sich derartige Zusammenhänge nicht in der KG finden lassen. Daher wurde im Folgenden auch in der KG eine Korrelationsanalyse mit dem SWE-Gesamtscore und dem SDQ-Gesamtproblemwert durchgeführt. Zwischen dem SWE-Gesamtscore und dem SDQ-Gesamtproblemwert besteht jedoch ein signifikanter Zusammenhang ($r = -.25$, $p = .02$). Die geringe Korrelation geht, wie in der UG, in die negative Richtung. In Hinblick auf die SDQ-Skalenwerte besteht eine signifikante, geringe Korrelation zwischen dem SWE-Gesamtproblemwert und den SDQ-Skalenwert für „Emotionale Probleme“ ($r = -.37$, $p' < .001$). Tabelle 26 stellt die Ergebnisse der Korrelationsanalysen innerhalb der KG in einer Übersicht dar.

Tabelle 26

Ergebnisse der Korrelationsanalysen mit dem SWE-Gesamtscore und den SDQ-Skalenwerten innerhalb der KG

	SDQ Emotionale Probleme			SDQ Verhaltensprobleme			SDQ Hyperaktivität			SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen			SDQ Prosoziales Verhalten		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>
SWE Total	-.37***	.00	.00	.07	.48	1.00	-.08	.42	1.00	-.07	.48	1.00	-.09	.39	1.00

* $p' \leq .05$; ** $p' \leq .01$; *** $p' \leq .001$

Es wird deutlich, dass in beiden Gruppen signifikante Zusammenhänge zwischen Selbstwirksamkeitserwartungen und der psychischen Symptombelastung in Hinblick auf den Gesamtproblemwert und „Emotionalen Problemen“ bestehen. In der UG besteht darüber hinaus ein signifikanter Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeitserwartungen und „Verhaltensproblemen mit Gleichaltrigen“.

6.2.3.3 Dysfunktionale Schemata

Hypothese 12 der vorliegenden Untersuchung besagt: „Je stärker die Ausprägung dysfunktionaler Schemata bei Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien, desto höher ist ihre psychische Symptombelastung.“ Zur Überprüfung dieser Hypothese wurden innerhalb der UG Korrelationsanalysen mit den SQC-Skalenwerten („Minderwertigkeit“, „Persönliche Vulnerabilität“, „Persönliche Fähigkeiten“ und „Schutzbedürftigkeit“) und dem SDQ-Gesamtproblemwert durchgeführt. Es zeigte sich, dass der SDQ-Gesamtproblemwert mit allen SQC-Skalen signifikant korreliert (s. Tabelle 27). Alle Korrelationen sind gering oder mittel und gehen erwartungsgemäß in die positive Richtung.

Tabelle 27

Ergebnisse der Korrelationsanalysen mit dem SQC-Skalenwerten und dem SDQ-Gesamtproblemwert innerhalb der UG

	SDQ Gesamtproblemwert		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>
SQC Minderwertigkeit	.57***	.00	.00
SQC Persönliche Vulnerabilität	.65***	.00	.00
SQC Persönliche Fähigkeiten	.31*	.01	.04
SQC Schutzbedürftigkeit	.44***	.00	.00

* $p' \leq .05$; ** $p' \leq .01$; *** $p' \leq .001$

Um zu überprüfen, auf welche Symptomskalen diese Zusammenhänge zurückzuführen sind, wurden weitere Korrelationsanalysen mit den SQC-Skalenwerten und den SDQ-Skalenwerten („Emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivität“, „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ und „Prosoziales Verhalten“) durchgeführt. Es zeigt sich, dass alle SQC-Skalenwerte, außer „Persönliche Fähigkeiten“, mit dem SDQ-Skalenwert „Emotionale Probleme“ signifikant korrelieren (s. Tabelle 28). Des Weiteren bestehen signifikante Zusammenhänge zwischen den SQC-Skalen „Minderwertigkeit“ und „Persönliche Vulnerabilität“ und dem SDQ-Skalenscore für „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“. Alle Korrelationen sind gering bis mittel und gehen erwartungsgemäß in die positive Richtung.

Tabelle 28

Ergebnisse der Korrelationsanalysen mit den SQC-Skalenwerten und den SDQ-Skalenwerten innerhalb der UG

	SDQ Emotionale Probleme			SDQ Verhaltensprobleme			SDQ Hyperaktivität			SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen			SDQ Prosoziales Verhalten		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>
SQC Minderwertigkeit	.67***	.00	.00	.11	.39	1.00	.24	.04	.80	.47***	.00	.00	-.01	.91	1.00
SQC Persönliche Vulnerabilität	.60***	.00	.00	.32	.01	.20	.32	.01	.20	.51***	.00	.00	-.12	.35	1.00
SQC Persönliche Fähigkeiten	.26	.03	.60	.21	.08	1.00	.12	.34	1.00	.26	.04	.80	-.10	.43	1.00
SQC Schutzbedürftigkeit	.50***	.00	.00	.02	.88	1.00	.29	.01	.20	.32	.01	.20	.13	.30	1.00

* $p' \leq .05$; ** $p' \leq .01$; *** $p' \leq .001$

Bei den in Hypothese 12 angenommenen Zusammenhängen sollte es sich erneut um ein für die belastete UG spezifisches Phänomen handeln. Dementsprechend sollten derartige Zusammenhänge nicht in der KG zu finden sein. Korrelationsanalysen mit den SQC-Skalenwerten und dem SDQ-Gesamtproblemwert innerhalb der KG bestätigen diese Annahme nicht. Ähnlich wie in der UG bestehen signifikante Korrelationen zwischen dem

SDQ-Gesamtproblemwert und allen SQC-Skalen (außer „Persönliche Fähigkeiten“) (s. Tabelle 29). Alle Korrelationen sind gering oder mittel und gehen erwartungsgemäß in die positive Richtung.

Tabelle 29

Ergebnisse der Korrelationsanalysen mit dem SQC-Skalenwerten und dem SDQ-Gesamtproblemwert innerhalb der KG

	SDQ Gesamtproblemwert		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>
SQC Minderwertigkeit	.43***	.00	.00
SQC Persönliche Vulnerabilität	.46***	.00	.00
SQC Persönliche Fähigkeiten	.05	.65	1.00
SQC Schutzbedürftigkeit	.50***	.00	.00

* $p' \leq .05$; ** $p' \leq .01$; *** $p' \leq .001$

Um zu überprüfen, auf welche Symptomskalen die Zusammenhänge zurückzuführen sind, wurden weitere Korrelationsanalysen mit den SQC-Skalenwerten und den SDQ-Skalenwerten („Emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivität“, „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ und „Prosoziales Verhalten“) durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Analysen zeigen, dass auch in der KG signifikante Zusammenhänge zwischen dysfunktionalen Schemata und der psychischen Symptombelastung bestehen, vor allem in Hinblick auf „Emotionale Probleme“ (s. Tabelle 30).

Tabelle 30

Ergebnisse der Korrelationsanalysen mit den SQC-Skalenwerten und den SDQ-Skalenwerten innerhalb der KG

	SDQ Emotionale Probleme			SDQ Verhaltensprobleme			SDQ Hyperaktivität			SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen			SDQ Prosoziales Verhalten		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>
SQC Minderwertigkeit	.48***	.00	.00	.02	.85	1.00	.18	.08	1.00	.23	.02	.40	.34***	.00	.00
SQC Persönliche Vulnerabilität	.35***	.00	.00	.37***	.00	.00	.14	.15	1.00	.29	.003	.06	.02	.84	1.00
SQC Persönliche Fähigkeiten	-.05	.65	1.00	.25	.01	.20	-.02	.83	1.00	.04	.69	1.00	-.17	.08	1.00
SQC Schutzbedürftigkeit	.51***	.00	.00	.22	.02	.40	.10	.30	1.00	.33*	.001	.02	.10	.33	1.00

* $p' \leq .05$; ** $p' \leq .01$; *** $p' \leq .001$

Ähnlich wie in der UG spielen auch in der KG dysfunktionale Schemata wie „Minderwertigkeit“, „Persönliche Vulnerabilität“ und „Schutzbedürftigkeit“ für den Gesamtproblemwert und „Emotionale Probleme“ eine wichtige Rolle. Weitere Zusammenhänge bestehen in der KG jedoch eher vereinzelt und zeigen kein so eindeutiges Muster in Bezug auf „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ wie in der UG.

6.2.3.4 Automatische Gedanken

Hypothese 13 der vorliegenden Untersuchung postuliert: „Je mehr negative automatische Gedanken Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien in Bezug auf negative Selbstaussagen haben, desto höher ist ihre psychische Symptombelastung“. Zur Überprüfung dieser Hypothese wurde eine Korrelationsanalyse mit dem FAG-Skalenwert für „Negative Selbstaussagen“ und den SDQ-Gesamtproblemwert innerhalb der UG gerechnet. Diese Analyse ergab eine signifikante, mittlere Korrelation zwischen dem FAG-Skalenwert für „Negative Selbstaussagen“ und dem SDQ-Gesamtproblemwert ($r = .56, p < .001$).

Um zu überprüfen, auf welche Symptomskalen dieser Zusammenhang zurückzuführen ist, wurden Korrelationsanalysen mit dem FAG-Skalenwert für „Negative Selbstaussagen“ und den SDQ-Skalenwerten durchgeführt. Es ergaben sich signifikante Zusammenhänge zwischen dem FAG-Skalenwert für „Negative Selbstaussagen“ und den SDQ-Skalenwerten für „Emotionale Probleme“ ($r = .71$, $p' < .001$) und „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ ($r = .38$, $p' = .01$). Tabelle 31 stellt die Ergebnisse der Korrelationsanalysen dar.

Tabelle 31

Ergebnisse der Korrelationsanalysen mit dem FAG-Skalenwert für „Negative Selbstaussagen“ und den SDQ-Skalenwerten innerhalb der UG

	SDQ Emotionale Probleme			SDQ Verhaltensprobleme			SDQ Hyperaktivität			SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen			SDQ Prosoziales Verhalten		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>
FAG Negative Selbstaussagen	.71***	.00	.00	.16	.19	1.00	.21	.09	.45	.38**	.001	.01	-.01	.96	1.00

* $p' \leq .05$; ** $p' \leq .01$; *** $p' \leq .001$

Da es sich bei den in Hypothese 13 angenommenen Zusammenhängen um ein für die belastete UG spezifisches Phänomen handeln sollte, sollten sich entsprechende Zusammenhänge in der KG nicht finden lassen. Daher wurde im Folgenden auch in der KG eine Korrelationsanalyse mit dem FAG-Skalenwert für „Negative Selbstaussagen“ und dem SDQ-Gesamtproblemwert durchgeführt. Diese Analyse ergab jedoch eine signifikante, mittlere Korrelation zwischen dem FAG-Skalenwert für „Negative Selbstaussagen“ und dem SDQ-Gesamtproblemwert ($r = .60$, $p < .001$).

Bei Überprüfung der Zusammenhänge zwischen dem FAG-Skalenwert für „Negative Selbstaussagen“ und den SDQ-Skalenwerten innerhalb der KG ergab sich eine signifikante Korrelation zwischen dem FAG-Skalenwert für „Negative Selbstaussagen“ und dem SDQ-Skalenscore für „Emotionale Probleme“ ($r = .67$, $p' < .001$). Die Korrelation ist mittel und positiv. Tabelle 32 stellt die Ergebnisse der Korrelationsanalysen innerhalb der KG in einer Übersicht dar.

Tabelle 32

Ergebnisse der Korrelationsanalysen mit dem FAG-Skalenwert für „Negative Selbstaussagen“ und den SDQ-Skalenwerten innerhalb der KG

	SDQ Emotionale Probleme			SDQ Verhaltensprobleme			SDQ Hyperaktivität			SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen			SDQ Prosoziales Verhalten		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>
FAG Negative Selbst-aussagen	.67***	.00	.00	.21	.04	.20	.25	.02	.10	.18	.08	.40	.09	.37	1.00

* $p' \leq .05$; ** $p' \leq .01$; *** $p' \leq .001$

Somit scheinen negative automatische Gedanken in Bezug auf „Negative Selbstaussagen“ auch in der KG eine besondere Bedeutsamkeit für den Gesamtproblemwert und „Emotionale Probleme“ zu besitzen. Jedoch spielen derartige Gedanken in der KG keine so große Rolle für „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ wie in der UG.

Um **Hypothese 14** („Je mehr positive automatische Gedanken Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien in Bezug auf „Wohlbefinden“ und „Selbstvertrauen“ haben, desto geringer ist ihre psychische Symptombelastung“) zu testen, wurden Korrelationsanalysen mit den FAG-Skalenwerten für „Wohlbefinden“ und „Selbstvertrauen“ und dem SDQ-Gesamtproblemwert innerhalb der UG durchgeführt. Es zeigte sich, dass beide FAG-Skalenwerte signifikant mit dem SDQ-Gesamtproblemwert korrelieren (s. Tabelle 33). Beide Korrelationen sind gering und gehen hypothesenkonform in die negative Richtung.

Tabelle 33

Ergebnisse der Korrelationsanalysen mit dem FAG-Skalenwerten für „Wohlbefinden“ und „Selbstvertrauen“ und dem SDQ-Gesamtproblemwert innerhalb der UG

	SDQ Gesamtproblemwert		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>
FAG Wohlbefinden	-.36**	.002	.004
FAG Selbstvertrauen	-.38**	.001	.002

* $p' \leq .05$; ** $p' \leq .01$; *** $p' \leq .001$

Des Weiteren wurden Korrelationsanalysen mit den FAG-Skalenwerten für „Wohlbefinden“ und „Selbstvertrauen“ und den SDQ-Skalenwerten berechnet. Es kamen signifikante Zusammenhänge zwischen den FAG- Skalenwerten und den SDQ-Skalenwerten für „Emotionale Probleme“ und „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ zum Vorschein (s. Tabelle 34). Alle Korrelationen sind erwartungsgemäß negativ und gering bis mittel.

Tabelle 34

Ergebnisse der Korrelationsanalysen mit den FAG-Skalenwerten für „Wohlbefinden“ und „Selbstvertrauen“ und den SDQ-Skalenwerten innerhalb der UG

	SDQ Emotionale Probleme			SDQ Verhaltensprobleme			SDQ Hyperaktivität			SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen			SDQ Prosoziales Verhalten		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>
FAG Wohlbefinden	-.53***	.00	.00	-.05	.70	1.00	.03	.84	1.00	-.41**	.001	.01	.00	.99	1.00
FAG Selbstvertrauen	-.54***	.00	.00	-.20	.87	1.00	-.07	.59	1.00	-.38**	.001	.01	-.14	.25	1.00

* $p' \leq .05$; ** $p' \leq .01$; *** $p' \leq .001$

Es wurde erwartet, dass es sich bei den in Hypothese 14 angenommenen Zusammenhängen erneut um ein für die belastete UG spezifisches Phänomen handeln sollte. Dementsprechend sollten derartige Zusammenhänge nicht in der KG zu finden sein. Daher

wurden im Folgenden auch innerhalb der KG Korrelationsanalysen mit den FAG-Skalenwerten für „Wohlbefinden“ und „Selbstvertrauen“ und dem SDQ-Gesamtproblemwert durchgeführt. Wider Erwarten ergab sich eine signifikante Korrelation zwischen dem FAG-Skalenwert für „Wohlbefinden“ und dem SDQ-Gesamtproblemwert ($r = -.48$, $p' < .001$). Tabelle 35 fasst die Ergebnisse der Korrelationsanalysen innerhalb der KG zusammen.

Tabelle 35

Ergebnisse der Korrelationsanalysen mit dem FAG-Skalenwerten für „Wohlbefinden“ und „Selbstvertrauen“ und dem SDQ-Gesamtproblemwert innerhalb der KG

	SDQ Gesamtproblemwert		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>
FAG Wohlbefinden	-.48***	.00	.00
FAG Selbstvertrauen	-.19	.06	.12

* $p' \leq .05$; ** $p' \leq .01$; *** $p' \leq .001$

Um zu überprüfen, auf welche Symptomskalen dieser Zusammenhang zurückzuführen ist, wurden Korrelationsanalysen mit den FAG-Skalenwerten für „Wohlbefinden“ und „Selbstvertrauen“ und den SDQ-Skalenwerten durchgeführt. Es ergab sich lediglich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem FAG-Skalenwert für „Wohlbefinden“ und dem SDQ-Skalenwert für „Emotionale Probleme“ ($r = -.49$, $p' < .001$). Tabelle 36 fasst die Ergebnisse der Korrelationsanalysen innerhalb der KG zusammen.

Tabelle 36

Ergebnisse der Korrelationsanalysen mit den FAG-Skalenwerten für „Wohlbefinden“ und „Selbstvertrauen“ und den SDQ-Skalenwerten innerhalb der KG

	SDQ Emotionale Probleme			SDQ Verhaltensprobleme			SDQ Hyperaktivität			SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen			SDQ Prosoziales Verhalten		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>
FAG Wohlbefinden	-.49***	.00	.00	-.17	.09	.90	-.18	.07	.70	-.24	.02	.20	.08	.41	1.00
FAG Selbstvertrauen	-.25	.01	.10	.05	.64	1.00	-.16	.09	.90	.04	.69	1.00	.04	.71	1.00

* $p' \leq .05$; ** $p' \leq .01$; *** $p' \leq .001$

Es wird deutlich, dass positive automatische Gedanken auch innerhalb der unbelasteten KG eine wichtige Rolle für die psychische Symptombelastung spielen. Allerdings beschränkt sich die Bedeutung positiver automatischer Gedanken in der KG, im Gegensatz zur UG, nur auf automatische positive Gedanken in Hinblick auf „Wohlbefinden“ und nicht auf „Selbstvertrauen“. Des Weiteren haben automatische positive Gedanken innerhalb der UG nicht nur eine Bedeutung für den Gesamtproblemwert und „Emotionale Probleme“, sondern auch für „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“. Dies ist in der KG nicht der Fall.

6.2.3.5 Ergebnisse univariater Varianzanalysen in Hinblick auf kognitive Variablen

Zum Überprüfung der berichteten Ergebnislage hinsichtlich der Bedeutung kognitiver Faktoren für psychische Auffälligkeiten, wurden zusätzlich zu den oben beschriebenen Korrelationsanalysen univariate Varianzanalysen mit der jeweiligen kognitiven Variable (i.e. SWE-Gesamtwert, SQC-Skalenscores und FAG-Skalenwerte) als Zwischensubjektfaktor und dem SDQ-Gesamtwert bzw. den SDQ-Symptomskalen als abhängige Variable durchgeführt. Vor diesen Testungen war es notwendig, die Kinder und Jugendlichen jeweils in Gruppen bezüglich ihrer Scores auf den kognitiven Variablen einzuteilen. Dies geschah mittels einer Häufigkeitsanalyse: zuerst wurden - in der UG und KG getrennt voneinander - die kumulierten Prozentsätze zum jeweiligen Score ermittelt (z.B. SWE-Gesamtscore). Infolgedessen wurden die beiden Datensätze der UG und KG jeweils anhand der Grenzen von

etwa 33% und 66% in drei Gruppen eingeteilt. Es resultierten in der UG und in der KG jeweils eine Gruppe mit niedrigen Werten auf der entsprechenden kognitiven Variable, eine Gruppe mit mittleren Werten sowie eine Gruppe mit hohen Werten. Somit konnte nun die jeweilige „Gruppe“ (niedrig, mittel, hoch) als Zwischensubjektfaktor in der univariaten Varianzanalyse verwendet werden. Dieses Verfahren zur Bildung von Gruppen innerhalb eines Datensatzes ist an den Median Split angelehnt und hat den Vorteil, dass drei etwa gleich große Gruppen gebildet werden können.

Die Ergebnisse der univariaten Varianzanalysen innerhalb der UG bestätigen die Befunde der Korrelationsanalysen weitestgehend. Auch hier haben alle kognitiven Variablen, mit Ausnahme von SQC „Persönliche Fähigkeiten“, einen signifikanten Effekt auf den SDQ-Gesamtproblemwert und „Emotionale Probleme“. Auch haben Selbstwirksamkeitserwartungen und automatische Gedanken, wie erwartet, einen signifikanten Effekt auf „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“. Abweichungen gibt es lediglich in Hinblick darauf, dass die univariaten Varianzanalysen einen zusätzlichen signifikanten Effekt von Selbstwirksamkeitserwartungen auf „Verhaltensprobleme“ und „Hyperaktivität“ zum Vorschein bringen. Ein signifikanter Effekt vom Schema „Minderwertigkeit“ auf „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“, wie er aus den Korrelationsanalysen zu erwarten war, wurde nicht gefunden. In den univariaten Varianzanalysen zeigte sich außerdem, dass das Schema „Persönliche Vulnerabilität“ wider Erwarten keinen Effekt auf „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ hat, dafür aber auf „Verhaltensprobleme“. Alle gefundenen Effekte sind mäßig bis stark. Die entsprechenden deskriptiven Statistiken zeigen stets, dass eine hohe Ausprägung eines negativen kognitiven Musters bzw. eine schwache Ausprägung eines positiven kognitiven Musters mit einer höheren Symptombelastung einhergeht.

Eine ähnliche Ergebnislage ergibt sich für die KG. Die univariaten Varianzanalysen innerhalb dieser Gruppe bestätigen die vorherigen Befunde aus den Korrelationsanalysen, attestieren darüber hinaus aber noch mehr signifikante Effekte als es aus den Korrelationsanalysen zu erwarten war. Alle Effekte sind schwach bis stark. Dennoch zeigen die entsprechenden deskriptiven Statistiken nicht so eindeutig wie in der UG, dass eine hohe Ausprägung eines negativen kognitiven Musters bzw. eine schwache Ausprägung eines positiven kognitiven Musters mit einer höheren Symptombelastung einhergeht.

Zusammenfassend ist also zu konstatieren, dass die univariaten Varianzanalysen in der UG und KG die Befunde der Korrelationsanalysen bekräftigen. Tendenziell ergeben die

univariaten Varianzanalysen jedoch mehr signifikante Effekt als die Korrelationsanalysen signifikante Zusammenhänge.

6.2.3.6 Ergebnisse linearer Regressionsanalysen in Hinblick auf kognitive Variablen

Nachdem die Bedeutung der kognitiven Faktoren im Rahmen von univariaten Varianzanalysen und Korrelationsanalysen untersucht wurde, soll im Folgenden determiniert werden, in welchem Ausmaß die SDQ-Gesamtproblemwerte der Kinder und Jugendlichen aus der UG durch ihre Werte auf den kognitiven Variablen bestimmt werden. Um dies zu überprüfen, wurde innerhalb der UG eine multiple lineare Regressionsanalyse mit Alter, Exposition an das elterliche Suchtproblem in Jahren und Geschlecht sowie jenen Variablen, die in den Testungen zu Hypothesen 9 bis 14 einen signifikanten Zusammenhang mit dem SDQ-Gesamtproblemwert aufgewiesen haben (d.h. KIDCOPE „Ablenkung“, KIDCOPE „Wunschdenken“, SWE Gesamtscore, SQC „Minderwertigkeit“, SQC „Persönliche Vulnerabilität“, SQC „Schutzbedürftigkeit“, FAG „Negative Selbstaussagen“, FAG „Wohlbefinden“, FAG „Selbstvertrauen“) als Prädiktoren und dem SDQ-Gesamtproblemwert als Kriterium durchgeführt. Zur Berechnung wurde die schrittweise Methode gewählt.

Die Ergebnisse dieser Analyse innerhalb der UG weisen auf, dass die Variablenauswahl in zwei Schritten erfolgte und nacheinander die Variablen SQC „Persönliche Vulnerabilität“ und FAG „Selbstvertrauen“ aufgenommen wurden. Diese Prädiktoren tragen 45% zur Varianzaufklärung bei (korrigiertes $R^2 = .45$). Diese Varianzerklärung ist signifikant größer als 0 ($F(2, 36) = 16.25, p < .001$). Der standardisierte Beta-Koeffizient für SQC „Persönliche Vulnerabilität“ lautet $Beta = .51$ ($t = 3.72, p = .001$), der standardisierte Beta-Koeffizient für den FAG „Selbstvertrauen“ $Beta = -.28$ ($t = -2.06, p = .047$) (s. Tabelle 37).

Tabelle 37

Koeffizienten der linearen Regressionsanalyse mit SQC „Persönliche Vulnerabilität“ und FAG „Selbstvertrauen“ als Prädiktoren und dem SDQ-Gesamtproblemwert als Kriterium innerhalb der UG

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>Regressionskoeffizient B</i>	<i>Standardfehler</i>	<i>Beta</i>		
SQC Persönliche Vulnerabilität	.38	.10	.51	3.72	.001
FAG Selbstvertrauen	-.37	.18	-.28	-2.06	.047

Zum Vergleich wurde auch innerhalb der KG eine multiple lineare Regressionsanalyse mit Alter, Geschlecht und jenen Variablen, die in den Überprüfungen der Hypothesen 11 bis 14 einen signifikanten Zusammenhang mit dem SDQ-Gesamtproblemwert hatten (d.h. SWE Gesamtscore, SQC „Minderwertigkeit“, SQC „Persönliche Vulnerabilität“, SQC „Schutzbedürftigkeit“, FAG „Negative Selbstaussagen“, FAG „Wohlbefinden“)⁸ als Prädiktoren und dem SDQ-Gesamtproblemwert als Kriterium durchgeführt (schrittweise Methode).

Innerhalb der KG erfolgte die Variablenauswahl in drei Schritten. Es wurden die Variablen FAG „Negative Selbstaussage“, Geschlecht und SQC „Schutzbedürftigkeit“ aufgenommen. Diese Prädiktoren leisten einen Beitrag zur Varianzaufklärung in Höhe von 45% (korrigiertes $R^2 = .45$). Diese Varianzerklärung ist signifikant größer als 0 ($F(3, 77) = 23.15, p < .001$). Der standardisierte Beta-Koeffizient lautet für FAG „Negative Selbstaussage“ $Beta = .39$ ($t = 3.77, p < .001$), für Geschlecht $Beta = -.27$ ($t = -3.05, p = .003$) und für SQC „Schutzbedürftigkeit“ $Beta = .25$ ($t = 2.54, p = .01$) (s. Tabelle 38).

⁸ Die KIDCOPE-Scores in Hinblick auf die Bewältigung des elterlichen Suchtproblems (vgl. Hypothesen 9 und 10) sowie Exposition an das elterliche Suchtproblem konnten in der KG nicht wie in der UG berücksichtigt werden, da sie für die KG nicht zutreffend waren und somit nicht erhoben wurden.

Tabelle 38

Koeffizienten der linearen Regressionsanalyse mit FAG „Negative Selbstaussagen“, Geschlecht und SQC „Schutzbedürftigkeit“ als Prädiktoren und dem SDQ-Gesamtwert als Kriterium innerhalb der KG

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>Regressionskoeffizient B</i>	<i>Standardfehler</i>	<i>Beta</i>		
FAG Negative Selbstaussagen	.16	.04	.39	3.77	.00
Geschlecht	-2.23	.73	-.27	-3.05	.003
SQC Schutzbedürftigkeit	.24	.09	.25	2.54	.01

6.3 Variablen der Eltern-Kind-Beziehung

6.3.1 Vergleiche zwischen der UG und der KG

In der vorliegenden Untersuchung sollen nicht nur kognitive Variablen und deren Bedeutung für die psychische Symptombelastung untersucht werden, sondern es werden auch familiäre Variablen umfassend analysiert. Somit wurde im folgenden Schritt **Hypothese 15** untersucht, welche besagt, dass Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien signifikant negativere Eltern-Kind Beziehungen erleben als Kinder und Jugendliche aus unbelasteten Familien. Zum Zweck der Überprüfung dieser Hypothese wurde eine 2 (Gruppenzugehörigkeit: UG, KG) x 2 (Geschlecht: weiblich, männlich) MANOVA mit den FAM-III- und FBS-Gesamt-Skalenwerten (d.h. Familien-Gesamtscores für Mutter und Vater zusammen über „Kontrolle“ durch die Eltern, „Kommunikation“ mit den Eltern, Übereinstimmung bei „Wert- und Normvorstellungen“, „Investment“ von den Kindern für die Eltern, erlebte „Verlässlichkeit“ durch die Eltern und „Emotionale Ambivalenz“ gegenüber den Eltern) durchgeführt. Die Ergebnisse lauten wie folgt:

Gruppenzugehörigkeit. Es gibt keinen signifikanten Effekt von Gruppenzugehörigkeit auf Variablen der Eltern-Kind-Beziehung (multivariates $F(6, 121) = 1.47$, $p = .19$). Die erwarteten Gruppenunterschiede bestehen dementsprechend nicht.

Geschlecht. Es existiert ein signifikanter Effekt des Geschlechts auf Variablen der Eltern-Kind-Beziehung (multivariates $F(6, 121) = 2.37, p = .03$). Dieser Effekt äußert sich bei den univariaten Testungen nur bei der FBS-Skala „Emotionaler Ambivalenz“ signifikant ($F(1, 126) = 6.81, p = .01$) mit einer schwachen Effektstärke ($\eta^2 = .05$). Der Effekt des Geschlechts äußert sich nicht bei „Kontrolle“ ($F(1, 126) = .61, p = .44$), „Kommunikation“ ($F(1, 126) = 1.21, p = .27$), „Werte und Normen“ ($F(1, 126) = .89, p = .34$), „Investment“ ($F(1, 126) = .27, p = .60$) und „Verlässlichkeit“ ($F(1, 126) = 2.48, p = .12$). Die entsprechenden Mittelwerte für „Emotionale Ambivalenz“ zeigen, dass Mädchen häufiger „Emotionale Ambivalenz“ gegenüber ihren Eltern berichten als Jungen (s. Tabelle 39).

Tabelle 39

Mittelwerte des FBS-Skalenwertes für „Emotionale Ambivalenz“ im Geschlechtervergleich

	FBS Emotionale Ambivalenz
	<i>M (SD)</i>
Mädchen	16.15 (4.91)
Jungen	13.86 (3.88)

Interaktion Gruppenzugehörigkeit x Gruppe. Es besteht kein signifikanter Interaktionseffekt von Gruppenzugehörigkeit und Geschlecht auf die Eltern-Kind-Beziehung (multivariates $F(6, 121) = .90, p = .49$).

6.3.2 Geschlechts- und altersspezifische Auswertungen in Hinblick auf Variablen der Eltern- Kind-Beziehung innerhalb der UG

T-Tests für unabhängige Stichproben belegen, dass sich *innerhalb* der UG Mädchen und Jungen nicht in Hinblick auf Variablen der Eltern-Kind-Beziehung unterscheiden (s. Tabelle 40).

Tabelle 40

Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben zur Erfassung von Geschlechtsunterschieden in Hinblick auf Familienvariablen innerhalb der UG

	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
FAM-III Kontrolle	-.73	59	.47
FAM-III Kommunikation	-.80	59	.43
FAM-III Werte und Normen	-1.11	55	.27
FAM-III Investment	.84	59	.40
FBS Verlässlichkeit	-.40	56	.69
FBS Emotionale Ambivalenz	1.44	56	.15

Alterspezifische Auswertungen *innerhalb* der UG ergaben mithilfe von Korrelationsanalysen keine signifikanten Zusammenhänge zwischen Alter und Variablen der Eltern-Kind-Beziehung. Es ist somit davon auszugehen, dass sich innerhalb der UG das Verhältnis zwischen dem Kind und seinen Eltern aus der Sicht des Kindes im Laufe der Zeit nicht signifikant verbessert oder verschlechtert. Tabelle 41 zeigt die Ergebnisse der Korrelationsanalysen.

Tabelle 41

Ergebnisse der altersspezifischen Korrelationsanalysen innerhalb der UG in Bezug auf Variablen der Eltern-Kind-Beziehung

	Alter		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>
FAM-III Kontrolle	.03	.82	1.00
FAM-III Kommunikation	-.11	.38	1.00
FAM-III Werte und Normen	-.02	.88	1.00
FAM-III Investment	-.21	.09	.54
FBS Verlässlichkeit	.001	.99	1.00
FBS Emotionale Ambivalenz	.12	.35	1.00

* $p' \leq .05$; ** $p' \leq .01$; *** $p' \leq .001$

6.3.3 Analyse der Bedeutung von Variablen der Eltern-Kind-Beziehung für die psychische Symptombelastung

Hypothese 16 der vorliegenden Untersuchung lautet: „Je mehr negative Erfahrungen Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien in der Eltern-Kind-Beziehung sammeln, desto höher ist ihre psychische Symptombelastung“. Zu Überprüfung dieser Hypothese wurden Korrelationsanalysen mit den FAM-III-/FBS-Familien-Gesamtwerten und dem SDQ-Gesamtwert innerhalb der UG durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass die FAM-III-Familien-Gesamtwerte für „Kontrolle“, „Kommunikation“ und „Werte und Normen“ signifikant mit dem SDQ-Gesamtwert korrelieren, ebenso wie der FBS-Familien-Gesamtwert für „Emotionale Ambivalenz“ (s. Tabelle 42). Alle signifikanten Korrelationen gehen in die erwartete Richtungen und sind gering bis mittel⁹.

⁹ Für die FAM-III Variablen „Kommunikation“, „Werte und Normen“ und „Investment“ sowie für die FBS-Variable „Verlässlichkeit“ repräsentieren hohe Werte ein positiv erlebtes Eltern-Kind-Verhältnis (s. 5.3.1.9 und 5.3.1.10). Für die FAM-III Variable „Kontrolle“ und die FBS-Variable „Emotionale Ambivalenz“ hingegen stehen hohe Werte für ein negativ wahrgenommenes Eltern-Kind-Verhältnis.

Tabelle 42

Ergebnisse der Korrelationsanalysen mit den FAM-III-/FBS-Familien-Gesamtwerten und dem SDQ-Gesamtproblemwert innerhalb der UG

	SDQ Gesamtproblemwert		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>
FAM-III Kontrolle	.36*	.004	.02
FAM-III Kommunikation	-.53***	.00	.00
FAM-III Werte und Normen	-.59***	.00	.00
FAM-III Investment	-.33	.01	.06
FBS Verlässlichkeit	-.27	.04	.24
FBS Emotionale Ambivalenz	.54***	.00	.00

* $p' \leq .05$; ** $p' \leq .01$; *** $p' \leq .001$

Um zu überprüfen, auf welche Symptomskalen diese Zusammenhänge zurückzuführen ist, wurden Korrelationsanalysen mit den FAM-III-/FBS-Familien-Gesamtwerten und den SDQ-Skalenwerten innerhalb der UG durchgeführt. Wie in Tabelle 43 dargestellt, bestehen einzelne signifikante Zusammenhänge zwischen Familienvariablen wie „Kommunikation“, „Werte und Normen“ und „Emotionale Ambivalenz“ und den SDQ-Skalenwerten „Emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“ und „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“.

Tabelle 43

Ergebnisse der Korrelationsanalysen mit den FAM-III-/FBS- Familien-Gesamtwerten und den SDQ-Skalenwerten innerhalb der UG

	SDQ Emotionale Probleme			SDQ Verhaltensprobleme			SDQ Hyperaktivität			SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen			SDQ Prosoziales Verhalten		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>
FAM-III Kontrolle	.31	.01	.30	.18	.16	1.00	.27	.04	1.00	.18	.18	1.00	-.10	.47	1.00
FAM-III Kommunikation	-.48***	.00	.00	-.28	.03	.90	-.24	.06	1.00	-.41*	.001	.03	.17	.20	1.00
FAM-III Werte und Normen	-.47***	.00	.00	-.50***	.00	.00	-.31	.02	.60	-.32	.01	.30	.36	.01	.30
FAM-III Investment	-.32	.01	.30	-.15	.25	1.00	-.03	.80	1.00	-.39	.002	.06	.22	.08	1.00
FBS Verlässlichkeit	-.33	.01	.30	-.23	.08	1.00	.05	.70	1.00	-.23	.08	1.00	.25	.06	1.00
FBS Emotionale Ambivalenz	.63***	.00	.00	.19	.16	1.00	.21	.11	1.00	.39	.003	.09	.03	.85	1.00

* $p' \leq .05$; ** $p' \leq .01$; *** $p' \leq .001$

Es wurde wiederholt erwartet, dass es sich bei den in Hypothese 16 angenommenen Zusammenhängen um ein für die UG spezifisches Phänomen handeln sollte. Dementsprechend sollten derartige Ergebnisse nicht in der KG zu finden sein. Daher wurden im Folgenden auch innerhalb der KG Korrelationsanalysen mit den FAM-III-/FBS-Familien-Gesamtwerten und dem SDQ-Gesamtproblemwert durchgeführt. Es zeigte sich jedoch, dass alle FAM-III-/FBS-Familien-Gesamtwerte, mit Ausnahme von „Werte und Normen“, mit dem SDQ-Gesamtproblemwert signifikant zusammenhängen (s. Tabelle 44). Alle Korrelationen sind gering und gehen in gleiche Richtung wie in der UG.

Tabelle 44

Ergebnisse der Korrelationsanalysen mit den FAM-III-/FBS-Familien-Gesamtwerten und dem SDQ-Gesamtproblemwert innerhalb der KG

	SDQ Gesamtproblemwert		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>
FAM-III Kontrolle	.29*	.004	.02
FAM-III Kommunikation	-.35***	.00	.00
FAM-III Werte und Normen	-.24	.02	.12
FAM-III Investment	-.33**	.001	.01
FBS Verlässlichkeit	-.37***	.00	.00
FBS Emotionale Ambivalenz	.30**	.002	.01

* $p' \leq .05$; ** $p' \leq .01$; *** $p' \leq .001$

Darüber hinaus wurden Korrelationsanalysen mit den FAM-III-/FBS-Familien-Gesamtwerten und den SDQ-Skalenwerten innerhalb der KG durchgeführt. Es ergaben sich vereinzelte, signifikante Zusammenhänge zwischen allen Familienvariablen (außer „Emotionale Ambivalenz“) und „Emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“ und „Prosoziales Verhalten“ (s. Tabelle 45). Alle Korrelationen sind gering und gehen in dieselbe Richtung wie in der UG.

Tabelle 45

Ergebnisse der Korrelationsanalysen mit den FAM-III-/FBS- Familien-Gesamtwerten und den SDQ-Skalenwerten innerhalb der KG

	SDQ Emotionale Probleme			SDQ Verhaltensprobleme			SDQ Hyperaktivität			SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen			SDQ Prosoziales Verhalten		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>p'</i>
FAM-III Kontrolle	.29	.004	.12	.33*	.001	.03	.06	.53	1.00	.03	.74	1.00	-.21	.04	1.00
FAM-III Kommunikation	-.37***	.00	.00	-.21	.04	1.00	-.18	.07	1.00	-.01	.95	1.00	.18	.07	1.00
FAM-III Werte und Normen	-.19	.06	1.00	-.19	.06	1.00	-.29	.003	.09	.15	.13	1.00	.35***	.00	.00
FAM-III Investment	-.34*	.001	.03	-.31	.002	.06	-.22	.03	.90	.13	.19	1.00	.29	.003	.09
FBS Verlässlichkeit	-.39***	.00	.00	-.10	.36	1.00	-.29	.01	.30	.02	.86	1.00	.10	.36	1.00
FBS Emotionale Ambivalenz	.26	.01	.30	.23	.02	.60	.15	.15	1.00	.07	.48	1.00	-.02	.84	1.00

* $p' \leq .05$; ** $p' \leq .01$; *** $p' \leq .001$

Es wird also deutlich, dass Variablen der Eltern-Kind-Beziehung auch innerhalb der unbelasteten KG eine wichtige Rolle für die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen besitzen. In Hinblick auf den Gesamtproblemwert bestehen in den beiden Gruppen signifikante Zusammenhänge mit „Kontrolle“, „Kommunikation“ und „Emotionale Ambivalenz“. In der UG kommt auch der Variable „Werte und Normen“, in KG auch den Variablen „Investment“ und „Verlässlichkeit“ eine besondere Bedeutung für den SDQ-Gesamtproblemwert zu. In beiden Gruppen hängen insbesondere die Symptome „Emotionale Probleme“ und „Verhaltensprobleme“ mit Variablen der Eltern-Kind-Beziehung zusammen. Allerdings handelt es sich jeweils, außer in Bezug auf „Kommunikation“ und „Emotionale Probleme“, um andere Familienvariablen, die für die psychische Auffälligkeit eine besondere Bedeutung besitzen. Ferner existiert in der UG eine signifikante Korrelation zwischen

„Kommunikation“ und „Verhaltensproblemen mit Gleichaltrigen“, in der KG besteht eine signifikante Korrelation zwischen „Werte und Normen“ und „Prosoziales Verhalten“.

6.3.4 Ergebnisse univariater Varianzanalysen in Hinblick auf Variablen der Eltern-Kind-Beziehung

Zur Vergleich der befundenen Ergebnisse wurden auch univariate Varianzanalysen mit den Variablen der Eltern-Kind-Beziehung als Zwischensubjektfaktoren und dem SDQ-Gesamtwert bzw. den SDQ-Symptomskalen als abhängige Variable durchgeführt. Hierzu war zunächst erneut eine Gruppenbildung erforderlich, welche analog zur Gruppenbildung in Bezug auf die kognitiven Variablen durchgeführt wurde (s. 6.2.3.5).

Die Ergebnisse der univariaten Varianzanalysen innerhalb der UG bestätigen die Befunde der Korrelationsanalysen in Hinblick auf den SDQ-Gesamtproblemwert und die SDQ-Symptomskalen, zeigen darüber hinaus aber noch weitere signifikante Effekte von Variablen der Eltern-Kind-Beziehung auf Variablen der psychischen Symptombelastung. Alle Effekte sind schwach bis stark. Die deskriptiven Statistiken zeigen fast durchgängig, dass eine negative Eltern-Kind-Beziehung mit einer höheren Symptombelastung einhergeht.

In der KG ergibt sich ein ähnliches Bild. Die univariaten Varianzanalysen bestätigen die Befunde der Korrelationsanalysen, zeigen aber darüber hinaus noch weitere signifikante Effekte von Familienvariablen auf Symptome der psychischen Symptombelastung. Alle Effekte sind schwach bis mäßig. Obwohl die deskriptiven Statistiken der KG tendenziell zeigen, dass eine negativ erlebte Eltern-Kind-Beziehung mit einer erhöhten Symptombelastung einhergeht, sind die Richtungen nicht so eindeutig wie in der UG.

Wie in Bezug auf kognitive Variablen, kann in Hinblick auf Familienvariablen zusammengefasst werden, dass univariate Varianzanalysen die vorherigen Befunde der Korrelationsanalysen bestätigen, darüber hinaus aber noch weitere signifikante Effekte demonstrieren, als es aus den Korrelationsanalysen zu erwarten war.

6.3.5 Ergebnisse linearer Regressionsanalysen in Hinblick auf Variablen der Eltern-Kind-Beziehung

Nach den Korrelationsanalysen und univariaten Varianzanalysen soll darüber hinaus untersucht werden, in welchem Ausmaß die SDQ-Gesamtproblemwerte der Kinder und Jugendlichen aus suchtselasteten Familien durch die Variablen der Eltern-Kind-Beziehung bestimmt werden. Um dies zu überprüfen, wurde innerhalb der UG eine multiple lineare Regressionsanalyse mit Alter, Exposition an das elterliche Suchtproblem in Jahren, Geschlecht sowie jenen Variablen, die in der Testung zu Hypothese 16 einen signifikanten Zusammenhang mit dem SDQ-Gesamtproblemwert besaßen (d.h. die FAM-III-/FBS-Familien-Gesamtwerte für „Kontrolle“, „Kommunikation“, „Werte und Normen“ und „Emotionale Ambivalenz“) als Prädiktoren und dem SDQ-Gesamtproblemwert als Kriterium durchgeführt (schrittweise Methode). Die Variablenauswahl erfolgte in einem Schritt. Es wurde lediglich die Variable FAM-III „Werte und Normen“ aufgenommen. Diese Variable liefert eine Varianzaufklärung in Höhe von 20% (korrigiertes $R^2 = .20$), welche signifikant ist größer als 0 ($F(1, 34) = 9.47, p = .004$). Der standardisierte Beta-Koeffizient von FAM-III „Werte und Normen“ lautet $Beta = -.47$ ($t = -3.08, p = .004; B = -.41, SE = .13$).

Um die Ergebnisse der UG mit denen der KG zu vergleichen, wurde auch innerhalb der KG eine multiple lineare Regressionsanalyse mit Alter, Geschlecht und jenen Variablen, die in der Überprüfung von Hypothese 16 einen signifikanten Effekt auf oder einen signifikanten Zusammenhang mit dem SDQ-Gesamtproblemwert hatten (d.h. die FAM-III-/FBS-Familien-Gesamtwerte für „Kontrolle“, „Kommunikation“, „Investment“, „Verlässlichkeit“ und „Emotionale Ambivalenz“)¹⁰ als Prädiktoren und dem SDQ-Gesamtproblemwert als Kriterium durchgeführt (schrittweise Methode). Die Variablenauswahl erfolgte in zwei Schritten und resultierte in der Aufnahme der Variablen FBS „Verlässlichkeit“ und Geschlecht. Die beiden Prädiktoren liefern gemeinsam 20% der Varianzaufklärung (korrigiertes $R^2 = .20$). Diese ist signifikant größer als 0 ($F(2, 82) = 11.26, p < .001$). Der standardisierte Beta-Koeffizient von FBS „Verlässlichkeit“ lautet $Beta = -.36$ ($t = -3.59, p = .001$), für Geschlecht lautet der Beta-Koeffizient $Beta = -.22$ ($t = -2.18, p = .03$) (s. Tabelle 46).

¹⁰ Die Variable „Exposition an das elterliche Suchtproblem“ konnte in der KG nicht berücksichtigt werden, da sie für die KG nicht zutreffend war und somit nicht erhoben wurde.

Tabelle 46

Koeffizienten der linearen Regressionsanalyse mit FBS „Verlässlichkeit“ und Geschlecht als Prädiktoren und dem SDQ-Gesamtproblemwert als Kriterium innerhalb der KG

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>Regressionskoeffizient B</i>	<i>Standardfehler</i>	<i>Beta</i>		
FBS Verlässlichkeit	-.22	.06	-.36	-3.59	.001
Geschlecht	-1.78	.82	-.22	-2.18	.03

6.4 Ergebnisse linearer Regressionsanalysen in Hinblick auf kognitive Variablen und Variablen der Eltern-Kind-Beziehung

Zuletzt soll bestimmt werden, in welchem Ausmaß die SDQ-Gesamtproblemwerte der Kinder und Jugendlichen aus der UG durch ihre Werte auf den kognitiven Variablen und den Variablen der Eltern-Kind-Beziehung gemeinsam bestimmt werden. Um dies zu überprüfen wurde innerhalb der UG eine weitere multiple lineare Regressionsanalyse mit Alter, Exposition an das elterliche Suchtproblem in Jahren, Geschlecht sowie jenen Variablen, die in den Testungen zu Hypothesen 9 bis 16 einen signifikanten Zusammenhang mit dem SDQ-Gesamtproblemwert (d.h. kognitive Faktoren: KIDCOPE „Ablenkung“, KIDCOPE „Wunschdenken“, SWE Gesamtscore, SQC „Minderwertigkeit“, SQC „Persönliche Vulnerabilität“, SQC „Schutzbedürftigkeit“, FAG „Negative Selbstaussagen“, FAG „Wohlbefinden“, FAG „Selbstvertrauen“; Familienvariablen: FAM-III „Kontrolle“, FAM-III „Kommunikation“, FAM-III „Werte und Normen“, FBS „Emotionale Ambivalenz“) als Prädiktoren und dem SDQ-Gesamtproblemwert als Kriterium durchgeführt (schrittweise Methode).

Die Variablenauswahl erfolgte in einem Schritt und beinhaltete lediglich die Aufnahme der Variable KIDCOPE „Ablenkung“. Diese Variable liefert eine Varianzaufklärung in Höhe von 34% (korrigiertes $R^2 = .34$), welche signifikant ist größer als 0 ($F(1, 26) = 14.78$, $p = .001$). Der standardisierte Beta-Koeffizient von KIDCOPE „Ablenkung“ lautet $Beta = .60$ ($t = 3.84$, $p = .001$; $B = 3.24$, $SE = .84$).

Zum Vergleich wurde auch innerhalb der KG eine multiple lineare Regressionsanalyse mit Alter, Geschlecht und jenen Variablen, die in den Testungen zu Hypothesen 9 bis 16 einen signifikanten Zusammenhang mit dem SDQ-Gesamtproblemwert innerhalb der KG aufwiesen (d.h. kognitive Faktoren: SWE Gesamtscore, SQC „Minderwertigkeit“, SQC „Persönliche Vulnerabilität“, SQC „Schutzbedürftigkeit“, FAG „Negative Selbstaussagen“, FAG „Wohlbefinden“; Familienvariablen: FAM-III „Kontrolle“, FAM-III „Kommunikation“, FAM-III „Investment“, FBS „Verlässlichkeit“, FBS „Emotionale Ambivalenz“) als Prädiktoren und dem SDQ-Gesamtproblemwert als Kriterium durchgeführt (schrittweise Methode).

Die Variablenauswahl erfolgte in zwei Schritten. Es wurden die beiden Variablen FAG „Negative Selbstaussagen“ und FAM-III „Kommunikation“ aufgenommen. Diese beiden Prädiktoren liefern gemeinsam 46% der Varianzaufklärung (korrigiertes $R^2 = .46$). Diese Varianzaufklärung ist signifikant größer als 0 ($F(2, 63) = 28.59, p < .001$). Der standardisierte Beta-Koeffizient von FAG „Negative Selbstaussagen“ lautet $Beta = .59$ ($t = 6.25, p < .001$), der standardisierte Beta-Koeffizient von FAM-III „Kommunikation“ $Beta = -.23$ ($t = -2.43, p = .02$) (s. Tabelle 47).

Tabelle 47

Koeffizienten der linearen Regressionsanalyse mit FAG „Negative Selbstaussagen“ und FAM-III „Kommunikation“ als Prädiktoren und dem SDQ-Gesamtproblemwert als Kriterium innerhalb der KG

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>Regressionskoeffizient B</i>	<i>Standardfehler</i>	<i>Beta</i>		
FAG Negative Selbstaussagen	.23	.04	.59	6.26	.00
FAM-III Kommunikation	-.17	.07	-.23	-2.43	.02

6.5 Resilienzen

Zusätzlich zu den Testungen der aufgestellten Hypothesen der vorliegenden Untersuchung soll beleuchtet werden, ob sich Aspekte der Resilienz auf die psychische Symptombelastung auswirken. Um dies zu überprüfen, wurde innerhalb der UG eine 3 (SDQ-Gruppe¹¹ „Prosoziales Verhalten“: niedrig, mittel, hoch) x 2 (Leibliche Eltern zusammenlebend: ja, nein) MANOVA mit der Anzahl der Geschwister als Kovariat und den SDQ-Skalenwerten für „Emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivität“ und „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ als abhängige Variablen durchgeführt. Die Ergebnisse sind wie folgt:

Anzahl Geschwister. Die Anzahl der Geschwister hat keinen signifikanten Effekt auf die psychische Symptombelastung (multivariates $F(4, 62) = .22, p = .93$).

„SDQ-Gruppe“ „Prosoziales Verhalten“. Es besteht kein signifikanter Effekt von SDQ-Gruppe für „Prosoziales Verhalten“ auf psychische Symptombelastung (multivariates $F(8, 124) = .96, p = .47$).

„Leibliche Eltern zusammenlebend“. Ob die leiblichen Eltern zusammenleben oder nicht, hat keinen signifikanten Effekt auf die psychische Symptombelastung (multivariates $F(4, 62) = .05, p = 1.00$).

Interaktion „SDQ-Gruppe“ für „Prosoziales Verhalten“ x „Leibliche Eltern zusammenlebend“. Es existiert kein signifikanter Interaktionseffekt von SDQ-Gruppe für „Prosoziales Verhalten“ und „Leibliche Eltern zusammenlebend“ auf die psychische Symptombelastung (multivariates $F(8, 124) = .62, p = .76$).

¹¹ Die Gruppenbildung erfolgte analog der Beschreibung in 6.2.3.5

6.5 Explorative Fallbeispiele

Für die vorliegende Arbeit wurden explorativ zwei Fallbeispiele von alkoholbelasteten Familien näher analysiert. Hierzu werden die Angaben der Kinder und Jugendlichen aus den beiden belasteten Familien in Hinblick auf die psychische Symptombelastung, kognitive Muster und Variablen der dyadischen Eltern-Kind-Beziehung beschrieben. Zudem wurden auch die Angaben der Eltern in Bezug auf Verhaltensauffälligkeiten der Kinder und in Bezug auf Variablen der dyadischen Eltern-Kind-Beziehung beschrieben. Somit konnten zusätzliche Ergebnisse gewonnen werden, die die Sicht einer vollständigen familialen Triade integrieren und miteinander in Beziehung setzen.

6.5.1 Fallbeispiel 1: Familie B. aus A.

In der ersten Familie, Familie B. aus A., wurden ein 17-jähriger Sohn (Frank)¹² und eine 15-jährige Tochter (Stella) eines alkoholabhängigen Vaters näher untersucht. Beide Kinder besuchen zum Zeitpunkt der Befragung die Hauptschule. Beide Kinder können sich nicht mehr daran erinnern, seit wann die väterliche Alkoholabhängigkeit ein Problem für sie ist. Frank glaubt aber, der Vater habe im letzten Jahr im Vergleich zu sonst gleich viel getrunken; Stella hingegen glaubt, ihr Vater habe mehr getrunken als sonst. Im CAST beantwortet Frank 12 Fragen mit „Ja“ für den Vater, Stella beantwortet 8 Fragen mit „Ja“. Diese Werte liegen weit über dem kritischen Schwellenwert von fünf bejahten Fragen und zeigen, dass beide das väterliche Alkoholproblem sehr gut wahrgenommen und sich damit befasst haben.

Die beiden Geschwisterkinder Frank und Stella bewegen sich in Hinblick auf ihre psychische Gesundheit beide im unauffälligen Bereich. Ihre Werte auf den SDQ-Skalen sind in Tabelle 48 zusammengefasst.

¹² Die Namen der Kinder wurden von der Autorin zum Schutz der Familien geändert

Tabelle 48

Werte von Frank und Stella in Hinblick auf die psychische Gesundheit aus Sicht der Kinder

	Frank	Stella	Normbereich
SDQ Gesamtproblemwert	8	10	0 – 15
SDQ Emotionale Probleme	1	1	0 – 5
SDQ Verhaltensprobleme	2	3	0 – 3
SDQ Hyperaktivität	4	4	0 – 5
SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	1	2	0 – 3
SDQ Prosoziales Verhalten	7	8	6 – 10

Frank gibt an, dass er gelegentlich Alkohol konsumiere. Im letzten Monat habe er ein bis drei Mal fünf oder mehr alkoholische Getränke zu sich genommen. Seine Schwester Stella hingegen gibt an, dass sie in ihrem Leben nur einmal einen Schluck Alkohol probiert habe. Dementsprechend habe sie noch nie Rauschtrinken betrieben.

Auf Nachfrage zum Umgang mit einem allgemeinen Problem macht Frank keine Angaben. Seine Schwester Stella hingegen benennt ein allgemeines Problem, welches allerdings eher ein Wunsch und Ziel als eine Schwierigkeit darstellt: „Ich will die Schule mit guten Noten verlassen, um später einen Job zu kriegen (das ist in dieser Zeit ja nicht leicht) um viel Geld zu verdienen und nach USA zu ziehen, darüber mache ich mir viele Gedanken.“ Es wird deutlich, dass sie diesbezüglich eine Vielzahl verschiedener problem- und emotionsfokussierter Bewältigungsstrategien verwendet, aber nur „Beruhigung“ und das „Einholen sozialer Unterstützung“ sind in ihren Augen auch wirksam. Strategien, die sie nicht als hilfreich erachtet, werden von ihr in der Regel auch nicht verwendet (außer „Ablenkung“). Ihre Angaben zur Häufigkeit und Wirksamkeit der unterschiedlichen Bewältigungsstrategien sind in Tabelle 49 zusammengefasst.

Tabelle 49

Angaben von Frank und Stella in Hinblick auf die Bewältigung mit einem allgemeinen Problem

	Stella	
	Häufigkeit ¹³	Wirksamkeit ¹⁴
KIDCOPE Ablenkung	manchmal	überhaupt nicht
KIDCOPE Sozialer Rückzug	nie	überhaupt nicht
KIDCOPE Kognitives Umordnen	manchmal	ein wenig
KIDCOPE Beschuldigung der Anderen	nie	überhaupt nicht
KIDCOPE Problemlösen	manchmal	mittelmäßig
KIDCOPE Affektäußerung I (spricht darüber/schreit/zerschlägt etwas)	nie	überhaupt nicht
KIDCOPE Affektäußerung II (beruhigen)	oft	ziemlich viel
KIDCOPE Soziale Unterstützung	manchmal	ziemlich viel
KIDCOPE Selbstkritik	nie	überhaupt nicht
KIDCOPE Wunschdenken	manchmal	ein wenig
KIDCOPE Resignation	manchmal	überhaupt nicht

Zum Umgang mit dem elterlichen Suchtproblem gibt Frank Auskunft. Es fällt auf, dass er alle vorgeschlagenen Strategien als hilfreich bewertet, aber er verwendet nur einige wenige emotionsfokussierte. Stella zeigt in Hinblick auf die Bewältigung mit dem väterlichen Suchtproblem ein ähnliches Verhaltensmuster wie beim Umgang mit einem allgemeinen Problem. Tabelle 50 fasst die Angaben des Geschwisterpaares zum Umgang mit dem elterlichen Suchtproblem zusammen.

¹³ Die Antwortangaben für den KIDCOPE lauten in Hinblick auf „Häufigkeit“: nie – manchmal – oft – meistens.

¹⁴ In Bezug auf „Wirksamkeit“ lauten die Antwortmöglichkeiten des KIDCOPE: überhaupt nicht – ein wenig – mittelmäßig – ziemlich viel – sehr viel.

Tabelle 50

Angaben von Frank und Stella in Hinblick auf die Bewältigung mit dem elterlichen Suchtproblem

	Frank		Stella	
	Häufigkeit	Wirksamkeit	Häufigkeit	Wirksamkeit
KIDCOPE Ablenkung	oft	viel	manchmal	überhaupt nicht
KIDCOPE Sozialer Rückzug	nie	viel	nie	überhaupt nicht
KIDCOPE Kognitives Umordnen	oft	ziemlich viel	manchmal	ein wenig
KIDCOPE Beschuldigung der Anderen	nie	viel	nie	überhaupt nicht
KIDCOPE Problemlösen	nie	viel	manchmal	mittelmäßig
KIDCOPE Affektäußerung I (spricht darüber/schreit/zerschlägt etwas)	nie	viel	nie	überhaupt nicht
KIDCOPE Affektäußerung II (beruhigen)	manchmal	viel	oft	ziemlich viel
KIDCOPE Soziale Unterstützung	nie	viel	manchmal	ein wenig
KIDCOPE Selbstkritik	nie	viel	nie	überhaupt nicht
KIDCOPE Wunschdenken	manchmal	ziemlich viel	manchmal	ziemlich viel
KIDCOPE Resignation	manchmal	ziemlich viel	manchmal	ziemlich viel

Es zeigt sich darüber hinaus, dass Frank und Stella in der Regel über wenige dysfunktionale kognitive Muster und über eher viele positive Denkmuster verfügen. Im Vergleich zum Durchschnitt der UG zeigen beide entsprechend niedrige Werte auf negative und höhere Werte auf positive Kognitionen (s. Tabelle 51). Geringfügige Abweichungen zeigen sich für Frank lediglich beim dysfunktionalen Schema „Persönliche Fähigkeiten“, welches bei ihm stärker ausgeprägt ist als beim Durchschnitt der UG. Stella hat im Vergleich zur UG eine leicht stärkere Ausprägung des Schemas „Schutzbedürftigkeit“ und etwas weniger positive automatische Gedanken in Bezug auf „Wohlbefinden“.

Tabelle 51

Werte von Frank und Stella in Hinblick auf kognitive Muster

	Frank	Stella	UG (M)
SWE Selbstwirksamkeitserwartungen	31	33	27.59
SQC Minderwertigkeit	10	13	16.51
SQC Persönliche Vulnerabilität	4	4	9.89
SQC Persönliche Fähigkeiten	9	4	7.81
SQC Schutzbedürftigkeit	2	8	7.76
FAG Negative Selbstaussagen	16	22	26.00
FAG Selbstvertrauen	15	22	11.39
FAG Wohlbefinden	19	15	15.65

In Hinblick auf Variablen der Eltern-Kind-Beziehung wird deutlich, dass sowohl Frank als auch Stella ein sehr gutes Verhältnis zu ihrem alkoholabhängigen Vater zu pflegen. So fühlen sich die beiden weniger durch ihren Vater „kontrolliert“ als andere Kinder und Jugendliche aus der UG. Auch berichten beide von einer besseren „Kommunikation“ mit ihrem Vater und mehr Übereinstimmung hinsichtlich „Werten und Normen“ als der Durchschnitt der UG. Frank spürt ebenso weniger „Emotionale Ambivalenz“ gegenüber seinem Vater als andere Kinder und Jugendliche aus der UG. Zudem „investiert“ Frank etwas mehr die Beziehung zu seinem Vater als andere betroffene Kinder und Jugendliche. Stella machte zu „Emotionaler Ambivalenz“ und „Investment“ keine Angaben. Beide erfahren mehr „Verlässlichkeit“ durch den Vater als der Durchschnitt der UG.

Das Verhältnis zu der Mutter erscheint beiden Kindern schwieriger. Obwohl Frank und Stella eine höhere Übereinstimmung hinsichtlich „Werten und Normen“ und weniger „Emotionale Ambivalenz“ berichten als der Durchschnitt der UG und Frank auch eine höhere Übereinstimmung hinsichtlich „Werten und Normen“ mit der Mutter angibt, setzt sich dieses positive Bild für die weiteren Variablen nicht fort. Beide Kinder fühlen sich mehr durch ihre Mutter „kontrolliert“ und erleben eine schlechtere „Kommunikation“ mit ihr als der Durchschnitt der UG. Zudem „investieren“ beide Kinder vergleichsweise weniger in ihre Beziehung zu ihrer Mutter. Stella erlebt zudem weniger Übereinstimmung hinsichtlich

„Werten und Normen“ mit ihrer Mutter als der Durchschnitt der UG. Tabelle 52 fasst die Ergebnisse bezüglich der familiären Variablen für den Vater und die Mutter zusammen.

Tabelle 52

Werte von Frank und Stella in Hinblick auf Variablen der Eltern-Kind-Beziehung

		Frank	Stella	UG (M)
FAM-III Kontrolle	Vater	8	8	9.67
	Mutter	12	15	10.61
FAM-III Kommunikation	Vater	19	18	14.48
	Mutter	15	13	15.24
FAM-III Werte und Normen	Vater	18	15	13.93
	Mutter	16	10	14.37
FAM-III Investment	Vater	14	k.A.	13.03
	Mutter	12	13	13.28
FBS Verlässlichkeit	Vater	17	15	13.97
	Mutter	18	18	16.02
FBS Emotionale Ambivalenz	Vater	7	k.A.	8.34
	Mutter	5	6	7.18

Bei der Befragung von Franks und Stellas leiblichem Vater, Herr B., zeigt sich, dass Herr B. die amerikanische Staatsbürgerschaft hat und zum Zeitpunkt der Untersuchung 51 Jahre alt ist. Er ist mit Frau B. verheiratet und lebt mit ihr und seinen beiden leiblichen Kindern Frank und Stella zusammen in einem Haushalt. Sein höchster Schulabschluss ist ein Realschul-/Handelsschulabschluss und er hat eine abgeschlossene Berufsausbildung als Maler und Lackierer. Zum Zeitpunkt der Untersuchung ist Herr B. eigenen Angaben zufolge seit einem Monat arbeitslos, laut Frau B. jedoch bereits seit einem halben Jahr. Herr B. hat zum Zeitpunkt der Befragung kürzlich eine Entwöhnungstherapie in einer Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen abgeschlossen, in der er aufgrund seiner Alkoholprobleme stationär behandelt wurde. Obwohl er eigenen Angaben zufolge seit 30 Jahren ein Alkoholproblem hat, hat er sich niemals zuvor in Behandlung begeben. Abgesehen von einem häufigen Tabakkonsum liegt außer dem Alkoholproblem kein weiterer Substanzmissbrauch

vor. Herr B. hat eigenen Angaben zufolge keine körperlichen oder psychischen Erkrankungen. Dass bei Herrn B. keine generelle psychiatrische Beeinträchtigung vorliegt, wird durch seinen GHQ-Score in Höhe von 0 bekräftigt.

Überraschenderweise stellte sich heraus, dass Herr B. seine beiden Kinder als psychisch belastet einstuft. Dies wird aus den SDQ-Werten deutlich, die sich aus seinen Angaben für die Kinder ergeben (s. Tabelle 53). Herr B. stuft seine Kinder lediglich in Bezug auf „Emotionale Probleme“ und „Prosoziales Verhalten“ als unauffällig ein. Laut den Angaben von Herrn B. sind Frank und Stella sowohl in Hinblick auf „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivität“ und „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ als grenzwertig oder auffällig zu kategorisieren. Dies resultiert in SDQ-Gesamtproblemwerten in Höhe von jeweils 18, welche im auffälligen Bereich angesiedelt sind. Außerdem gibt Herr B. an, dass beide Kinder an ADHS leiden. Die Angaben von Herrn B. weichen somit stark von den beiden Angaben seiner Kinder ab, welche jeweils ausschließlich SDQ-Werte im unauffälligen Bereich erreichen.

Tabelle 53

Werte für Frank und Stella in Hinblick auf psychische Gesundheit aus Sicht des alkoholabhängigen Vaters

	Frank	Stella	Normbereich
SDQ Gesamtproblemwert	18	18	0 - 13
SDQ Emotionale Probleme	1	3	0 – 3
SDQ Verhaltensprobleme	4	3	0 – 2
SDQ Hyperaktivität	9	6	0 – 5
SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	4	6	0 – 2
SDQ Prosoziales Verhalten	9	9	6 - 10

Die Ergebnisse zu den familiären Variablen aus Sicht des Vaters lassen den Schluss zu, dass sich Herr B. zwar recht „kontrolliert“ durch seine Kinder fühlt, aber eine gute „Kommunikation“ mit seinem Sohn erlebt (s. Tabelle 54). Er berichtet überdies eine hohe Übereinstimmung hinsichtlich „Werten und Normen“ mit beiden Kindern und investiert viel in seine Beziehung zu ihnen. Er empfindet seinen Kindern gegenüber wenig „Emotionale Ambivalenz“ und erfährt durch sie viel „Verlässlichkeit“. Diese Ergebnisse lassen den

Schluss zu, dass Herr B. jeweils ein gutes Vater-Kind-Verhältnis erlebt – so, wie es auch seine Kinder wahrnehmen.

Tabelle 54

Werte für Frank und Stella in Hinblick auf familiäre Variablen aus Sicht des alkoholabhängigen Vaters¹⁵

	Frank	Stella
FAM-III Kontrolle	13	18
FAM-III Kommunikation	12	kA
FAM-III Werte und Normen	16	11
FAM-III Investment	16	15
FBS Verlässlichkeit	7	8
FBS Emotionale Ambivalenz	17	18

Frau B., leibliche Mutter von Frank und Stella sowie Ehefrau von Herrn B., ist zum Zeitpunkt der Befragung 45 Jahre alt. Auch sie hat einen Realschul-/Handelsschulabschluss und mehrere abgeschlossene Berufsausbildungen als Kinderpflegerin, Bürofachkraft und Stenokontoristin. Derzeit ist sie eigenen Angaben zufolge Hausfrau, verdient aber laut Herrn B. nebenbei Geld als Raumpflegerin (20 Stunden/Monat). Frau B. weiß nicht, seit wann ihr Mann ein Alkoholproblem hat. Sie gibt jedoch an, dass er im letzten Jahr mehr getrunken habe als sonst. Frau B. hat eigenen Angaben zufolge nie selbst ein Alkoholproblem gehabt. Diese Aussage wird durch ihren AUDIT-Score, der mit 0 nicht nur weit unter dem kritischen Schwellenwert von 8 Punkten liegt, sondern auch darauf hinweist, dass Frau B. niemals Alkohol trinkt, bekräftigt. Außer einem seltenen Tabakkonsum liegt kein Substanzmissbrauch vor. Frau B. leidet eigenen Angaben zufolge an keinen körperlichen Krankheiten. Sie berichtet jedoch, unter Essstörungen zu leiden, weshalb sie sich bereits in stationärer und ambulanter Behandlung befand. Sie nimmt täglich anregende und beruhigende Medikamente (Ritalin und Antidepressiva). Seltener gebraucht sie Schmerzmittel. Ihr Summenwert auf der FEG-Skala für Medikamentenkonsum beträgt 17 Punkte insgesamt; dies entspricht einer

¹⁵ Zu den Angaben aus Sicht der Eltern liegen keine Referenzwerte anderer Eltern aus der UG vor.

Summe von insgesamt vier bejahten Antworten. Dieser Wert ist weitaus höher als der Durchschnittswert ihrer Altersgruppe aus der Normalbevölkerung ($M = 1.45$).

In Hinblick auf die psychische Gesundheit ihrer Kinder bestätigt Frau B. die Aussage ihres Ehemannes, dass ihre Kinder an ADHS leiden und ergänzt, dass beide aufgrund dessen medikamentös und gesprächstherapeutisch behandelt würden. Aus ihrer Sicht ist Frank in den Bereichen „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivität“ und „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ als grenzwertig oder auffällig zu kategorisieren (s. Tabelle 55). Dies resultiert in einem grenzwertigen SDQ-Gesamtproblemwert. Ihre Tochter Stella befindet in den SDQ-Skalen für „Emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“ und „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ im grenzwertigen oder auffälligen Bereich. Diese Angaben ergeben ebenfalls einen grenzwertigen SDQ-Gesamtproblemwert. Erneut stimmen hier die Angaben der Mutter nicht mit den Aussagen der Kinder überein.

Tabelle 55

Werte für Frank und Stella in Hinblick auf psychische Gesundheit aus Sicht der nicht-abhängigen Mutter

	Frank	Stella	Normbereich
SDQ Gesamtproblemwert	16	14	0 - 13
SDQ Emotionale Probleme	3	4	0 – 3
SDQ Verhaltensprobleme	3	3	0 – 2
SDQ Hyperaktivität	6	2	0 – 5
SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	4	5	0 – 2
SDQ Prosoziales Verhalten	9	10	6 - 10

Aus den Angaben von Frau B. wird deutlich, dass sie ihre Mutter-Kind-Beziehung besser beurteilt als ihre Kinder. Eine Betrachtung der FAM-III- und FBS-Skalenwerte ergibt, dass Frau B. eher wenig „Kontrolle“ durch ihre Kinder erlebt, eine gute „Kommunikation“ mit ihnen hat und eine recht hohe Übereinstimmung hinsichtlich „Werten und Normen“ mit ihnen berichtet. Sie zeigt eigenen Angaben zufolge viel „Investment“ für ihre Beziehung zu ihren Kindern und erlebt viel „Verlässlichkeit“ durch sie. Allerdings gibt sie auch an, eine recht hohe „Emotionale Ambivalenz“ ihrem Sohn gegenüber zu verspüren, nicht aber zu ihrer Tochter. Tabelle 56 fasst ihre Angaben zu den familiären Variablen zusammen.

Tabelle 56

Werte für Frank und Stella in Hinblick auf familiäre Variablen aus Sicht der nicht-abhängigen Mutter

	Frank	Stella
FAM-III Kontrolle	10	10
FAM-III Kommunikation	15	15
FAM-III Werte und Normen	14	17
FAM-III Investment	18	14
FBS Verlässlichkeit	18	14
FBS Emotionale Ambivalenz	13	9

6.5.1 Fallbeispiel 2: Familie W. aus N.

In der zweiten Familie, Familie W. aus N., wurden zwei Söhne eines alkoholabhängigen Vaters befragt. Christoph ist zum Zeitpunkt der Befragung 18 Jahre und sein jüngerer Bruder Dennis¹⁶ 15 Jahre alt. Christoph geht zur Berufsschule, Dennis besucht die Realschule. Christoph kann sich nicht mehr erinnern, seit wann das väterliche Alkoholproblem für ihn ein Problem ist. Dennis gibt diesbezüglich einen Zeitraum von 5 Jahren an. Christoph weiß nicht genau, ob der Vater im letzten Jahr mehr oder weniger als sonst getrunken hat. Dennis gibt allerdings an, der Vater habe im Vergleich zu sonst gleich viel getrunken. Beide Jungen haben einen CAST-Score weit über dem kritischen Schwellenwert: Christoph hat einen Wert von 10 bejahten Antworten für den Vater, Dennis hat 14 Fragen zum Vater mit „Ja“ beantwortet. Es ist somit davon auszugehen, dass beide Söhne das väterliche Alkoholproblem in großem Ausmaß erfasst und sich eingehend damit beschäftigt haben.

Für Sohn Christoph wurde in Hinblick auf seine psychische Symptombelastung befunden, dass seine SDQ-Werte in der Regel im unauffälligen Bereich liegen. Allerdings ist Christophs Wert für „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ als grenzwertig zu bezeichnen. Sein SDQ-Gesamtwert liegt dennoch im normalen Bereich. Auch Dennis' Werte sind

¹⁶ Namen geändert

in der Regel unauffällig, allerdings bewegt er sich hinsichtlich „Hyperaktivität“ im auffälligen Bereich. Sein SDQ-Gesamtproblemwert in Höhe von 15 liegt noch im normalen Bereich. Tabelle 57 fasst die SDQ-Werte der beiden Jungen zusammen.

Tabelle 57

Werte von Christoph und Dennis in Hinblick auf psychische Gesundheit aus Sicht der Kinder

	Christoph	Dennis	Normbereich
SDQ Gesamtproblemwert	9	15	0 - 15
SDQ Emotionale Probleme	1	5	0 – 5
SDQ Verhaltensprobleme	1	2	0 – 3
SDQ Hyperaktivität	2	7	0 – 5
SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	5	1	0 – 3
SDQ Prosoziales Verhalten	8	8	6 – 10

Eigenen Angaben zufolge trinkt Christoph gelegentlich Alkohol. Im letzten Monat habe er sogar 4 bis 10 Mal fünf oder mehr alkoholische Getränke konsumiert. Auch Dennis trinkt gelegentlich Alkohol, habe im letzten Monat aber kein „binge drinking“ betrieben.

Christoph benennt kein allgemeines Problem, als er nach Bewältigungsstrategien gefragt wird. Trotzdem gibt er grundsätzlich an, eine Vielzahl der benannten problem- und emotionsfokussierten Strategien zu verwenden und beurteilt diese auch als mehr oder weniger hilfreich. Auffallend ist jedoch, dass er unter anderem jene Strategien („Beschuldigung der Anderen“ und „Affektäußerung I“) als ziemlich hilfreich erachtet, die er niemals anwendet.

Dennis gibt auf die Frage nach einem allgemeinen Problem ein schulisches an: „Ich habe, nachdem ich in Deutsch im letzten Jahr eine Zwei auf dem Zeugnis hatte, dieses Halbjahr in der ersten Arbeit eine Fünf geschrieben und mir fällt es jetzt schwer, wieder positiv zu denken.“ Um mit diesem Problem umzugehen, nutzt er alle im KIDCOPE aufgeführten Strategien. Außer „Wunschdenken“ bewertet er auch alle Strategien als mindestens „ein wenig“ hilfreich. Christophs und Dennis' Angaben in Bezug auf Häufigkeit und Wirksamkeit der verschiedenen Strategien sind in Tabelle 58 gelistet.

Tabelle 58

Angaben von Christoph und Dennis in Hinblick auf die Bewältigung mit einem allgemeinen Problem

	Christoph		Dennis	
	<i>Häufigkeit</i>	<i>Wirksamkeit</i>	<i>Häufigkeit</i>	<i>Wirksamkeit</i>
KIDCOPE Ablenkung	manchmal	ein wenig	oft	mittelmäßig
KIDCOPE Sozialer Rückzug	häufig	ein wenig	manchmal	mittelmäßig
KIDCOPE Kognitives Umordnen	häufig	ein wenig	manchmal	mittelmäßig
KIDCOPE Beschuldigung der Anderen	nie	ziemlich viel	manchmal	ein wenig
KIDCOPE Problemlösen	häufig	mittelmäßig	meistens	ziemlich viel
KIDCOPE Affektäußerung I (spricht darüber/schreit/zerschlägt etwas)	nie	ziemlich viel	manchmal	ziemlich viel
KIDCOPE Affektäußerung II (beruhigen)	manchmal	ziemlich viel	meistens	mittelmäßig
KIDCOPE Soziale Unterstützung	manchmal	ziemlich viel	oft	ziemlich viel
KIDCOPE Selbstkritik	manchmal	überhaupt nicht	meistens	ziemlich viel
KIDCOPE Wunschdenken	häufig	mittelmäßig	meistens	überhaupt nicht
KIDCOPE Resignation	meistens	ein wenig	oft	ein wenig

Zum Umgang mit dem elterlichen Suchtproblem verwendet Christoph erneut eine Vielzahl der genannten problem- und emotionsfokussierten Strategien und empfindet diese in der Regel als hilfreich. Er übt sich allerdings nie in „Selbstkritik“, obwohl er sich hiervon eine mittelmäßige Wirksamkeit erwarten würde.

Auch Dennis verwendet einige der vorgeschlagenen Strategien zum Umgang mit dem elterlichen Suchtproblem und empfindet diese weitestgehend auch als hilfreich. Allerdings hilft ihm „Wunschdenken“ überhaupt nicht, trotzdem wendet er diese Form der Bewältigung meistens an. Obwohl er das Nachdenken über „Problemlösungen“ und „Affektäußerung“ als „ziemlich wirksam“ beurteilt, wendet er diese Copingstrategien niemals an. Christophs und Dennis' Angaben sind in Tabelle 59 aufgeführt.

Tabelle 59

Angaben von Christoph und Dennis in Hinblick auf die Bewältigung mit dem elterlichen Suchtproblem

	Christoph		Dennis	
	Häufigkeit	Wirksamkeit	Häufigkeit	Wirksamkeit
KIDCOPE Ablenkung	manchmal	mittelmäßig	meistens	viel
KIDCOPE Sozialer Rückzug	oft	ein wenig	oft	ziemlich viel
KIDCOPE Kognitives Umordnen	oft	ziemlich viel	meistens	ziemlich viel
KIDCOPE Beschuldigung der Anderen	manchmal	mittelmäßig	nie	überhaupt nicht
KIDCOPE Problemlösen	oft	mittelmäßig	nie	ziemlich viel
KIDCOPE Affektäußerung I (spricht darüber/ schreit/zerschlägt etwas)	oft	ziemlich viel	nie	ziemlich viel
KIDCOPE Affektäußerung II (beruhigen)	manchmal	mittelmäßig	meistens	ziemlich viel
KIDCOPE Soziale Unterstützung	manchmal	mittelmäßig	oft	mittelmäßig
KIDCOPE Selbstkritik	nie	mittelmäßig	nie	überhaupt nicht
KIDCOPE Wunschenken	oft	mittelmäßig	meistens	überhaupt nicht
KIDCOPE Resignation	oft	mittelmäßig	oft	ein wenig

Des Weiteren zeigt sich, dass Christoph und Dennis recht hohe Werte in Hinblick auf Selbstwirksamkeitserwartungen verfügen (s. Tabelle 60). Es kann also davon ausgegangen werden, dass Christoph und Dennis optimistisch sind, Herausforderungen und Schwierigkeiten erfolgreich bewältigen zu können, allerdings sind diese Kompetenzen im Vergleich zum Durchschnitt der UG auch nicht übermäßig stark ausgeprägt. Des Weiteren fällt auf, dass sowohl Christoph als auch Dennis über sehr stark ausgeprägte dysfunktionale Schemata verfügen. Alle ihre Werte liegen über dem Durchschnitt der UG. Dieses negative Muster setzt sich für Dennis in Bezug auf negative automatische Gedanken fort, jedoch nicht für Christoph. Die beiden Brüder verfügen über etwas mehr positive automatische Gedanken als der Durchschnitt der UG.

Tabelle 60

Werte von Christoph und Dennis in Hinblick auf kognitive Muster

	Christoph	Dennis	UG (M)
SWE Selbstwirksamkeitserwartungen	30	29	27.59
SQC Minderwertigkeit	23	33	16.51
SQC Persönliche Vulnerabilität	16	21	9.89
SQC Persönliche Fähigkeiten	13	11	7.81
SQC Schutzbedürftigkeit	11	19	7.76
FAG Negative Selbstaussagen	19	40	26.00
FAG Selbstvertrauen	13	14	11.39
FAG Wohlbefinden	18	16	15.65

Aus Tabelle 61 wird hinsichtlich familiärer Variablen ersichtlich, dass beide Jungen ein sehr gutes Verhältnis zu beiden Elternteilen pflegen. Beide Söhne erreichen auf allen Variablen positivere Werte als der Durchschnitt der UG, sowohl in Bezug auf den Vater als auch auf die Mutter. Somit fühlen sie sich durch ihre Eltern wenig „kontrolliert“, haben eine gute „Kommunikation“ sowie eine hohe Übereinstimmung hinsichtlich „Werten und Normen“ mit ihnen, „investieren“ viel in ihre Beziehung zu ihren Eltern, erfahren durch ihre Eltern viel „Verlässlichkeit“ und verspüren ihnen gegenüber wenig „Emotionale Ambivalenz“.

Tabelle 61

Werte von Christoph und Dennis in Hinblick auf Variablen der Eltern-Kind-Beziehung

		Christoph	Dennis	UG (M)
FAM-III Kontrolle	Vater	8	9	9.67
	Mutter	8	9	10.61
FAM-III Kommunikation	Vater	18	17	14.48
	Mutter	20	16	15.24
FAM-III Werte und Normen	Vater	20	18	13.93
	Mutter	19	17	14.37
FAM-III Investment	Vater	16	17	13.03
	Mutter	16	14	13.28
FBS Verlässlichkeit	Vater	19	18	13.97
	Mutter	19	19	16.02
FBS Emotionale Ambivalenz	Vater	6	5	8.34
	Mutter	6	7	7.18

Der Vater von Christoph und Dennis, Herr W., ist ihr leiblicher Vater und ist zum Zeitpunkt der Befragung 46 Jahre alt. Er ist verheiratet und lebt mit seiner Frau und seinen beiden Söhnen zusammen in einem Haushalt. Als höchsten Schulabschluss gibt er einen Realschul-/Handelsschulabschluss an. Er hat eine abgeschlossene Berufsausbildung als Sozialversicherungsangestellter und ist aktuell in diesem Beruf erwerbstätig. Zur Zeit der Befragung befindet sich Herr W. in ambulanter Entwöhnungstherapie in einer Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen. Er kann nicht sagen, seit wann genau er ein Alkoholproblem hat. Er hat vor kurzem eine stationäre Entwöhnungstherapie absolviert und zuvor bereits vier Entgiftungen durchlaufen. Herr W. raucht häufig Zigaretten, gebraucht jedoch keine illegalen Substanzen. Auf die Frage nach körperlichen Erkrankungen gibt er an, unter Bluthochdruck und einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) zu leiden. Herr W. leidet eigenen Angaben ebenso unter Depressionen; ob diese jemals behandelt wurden, bleibt unbeantwortet. Seine Angaben werden durch seinen GHQ-Score in Höhe von 0 nicht bestätigt.

Aus Sicht von Herrn W. ist sein Sohn Dennis bezüglich psychischer Auffälligkeiten als durchweg unauffällig einzustufen (s. Tabelle 62). Christoph wird hinsichtlich „Emotionaler Probleme“ als grenzwertig eingestuft. Während Herr W. die von Dennis angegebene Belastung bei „Hyperaktivität“ nicht wahrnimmt, erlebt er bei Christoph ein anderes Symptom als stärker ausgeprägt als der Sohn selbst, der einen grenzwertigen Wert auf „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ erreicht. Somit weicht das Erleben des Vaters, ähnlich wie in Fallbeispiel 1, ab vom Erleben seiner Kinder.

Tabelle 62

Werte für Christoph und Dennis in Hinblick auf die psychische Gesundheit aus Sicht des alkoholabhängigen Vaters

	Christoph	Dennis	Normbereich
SDQ Gesamtproblemwert	10	1	0 - 13
SDQ Emotionale Probleme	4	1	0 – 3
SDQ Verhaltensprobleme	1	0	0 – 2
SDQ Hyperaktivität	4	0	0 – 5
SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	0	0	0 – 2
SDQ Prosoziales Verhalten	10	10	6 - 10

Herrn W.'s Skalenwerte auf den FAM-III- und FBS-Skalen lassen den Schluss zu, dass er in Regel ein recht gutes Verhältnis zu beiden Söhnen erlebt. Herr W. erlebt wenig „Kontrolle“ durch seine Kinder, berichtet eine gute „Kommunikation“ mit ihnen und hat eine hohe Übereinstimmung hinsichtlich „Werten und Normen“. Er zeigt viel „Investment“ für seine Beziehung zu Christoph und Dennis und erlebt viel „Verlässlichkeit“ durch sie. Allerdings erlauben seine recht hohen Werte auf „Emotionaler Ambivalenz“ die Folgerung, dass er zu beiden Kindern eine gewisse emotionale Distanz verspürt. Somit deuten seine Angaben darauf hin, dass er sein Verhältnis zu seinen Kindern etwas weniger positiv erlebt als seine Söhne. Die Angaben von Herrn W. bezüglich familiärer Variablen sind in Tabelle 63 zusammengefasst.

Tabelle 63

Werte für Christoph und Dennis in Hinblick auf familiäre Variablen aus Sicht des alkoholabhängigen Vaters

	Christoph	Dennis
FAM-III Kontrolle	8	8
FAM-III Kommunikation	15	19
FAM-III Werte und Normen	18	18
FAM-III Investment	14	14
FBS Verlässlichkeit	17	18
FBS Emotionale Ambivalenz	10	10

Frau W. ist die leibliche Mutter von Christoph und Dennis und die Ehefrau von Herrn W. Sie ist zum Zeitpunkt der Befragung 43 Jahre alt. Als höchsten Schulabschluss gibt sie die Fachoberschulreife an. Sie hat eine abgeschlossene Berufsausbildung als Bürogehilfin und ist zum Zeitpunkt der Untersuchung als Büroangestellte erwerbstätig. Ihrer Aussage nach hat ihr Mann seit etwa 10 Jahren ein Alkoholproblem und im letzten Jahr im Vergleich zu sonst gleich viel getrunken. Frau W. hat eigenen Angaben zufolge nie selbst ein Alkoholproblem gehabt. Auf dem AUDIT erreicht sie einen Score in Höhe von 1, welcher unter dem kritischen Schwellenwert liegt und ihre Aussage somit bekräftigt. Frau W. raucht nicht und nimmt keine illegalen Drogen. Sie hat eigenen Angaben zufolge weder körperliche noch psychische Erkrankungen. Ihr GHQ-Score in Höhe von 5 Punkten gibt dennoch Anlass zu vermuten, dass bei ihr eine generelle psychiatrische Beeinträchtigung vorliegt. In Hinblick auf Medikamente berichtet sie, seltener Schmerz- und Beruhigungsmittel einzunehmen. Auf der FEG-Skala für Medikamenteneinnahme erreicht sie einen Gesamtscore von 9, dies entspricht einer Summe von insgesamt zwei bejahten Antworten. Dieser Wert ist etwas höher als der ihrer Altersgruppe aus der Normalbevölkerung ($M = 1.45$) (Dlugosch & Krieger, 1995).

Aus der Perspektive von Frau W. ist Christoph hinsichtlich seiner psychischen Gesundheit im Bereich der „Emotionalen Probleme“ als grenzwertig einzustufen (s. Tabelle 64). Ihren Sohn Dennis stuft sie auf allen SDQ-Skalen als unauffällig ein. Ihre Einschätzung deckt sich also mit der ihres Mannes, welche vom Erleben der beiden Söhne selbst leicht abweicht.

Tabelle 64

Werte für Christoph und Dennis in Hinblick auf psychische Gesundheit aus Sicht der nicht-abhängigen Mutter

	Christoph	Dennis	Normbereich
SDQ Gesamtproblemwert	10	5	0 - 13
SDQ Emotionale Probleme	4	3	0 – 3
SDQ Verhaltensprobleme	0	0	0 – 2
SDQ Hyperaktivität	5	1	0 – 5
SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	1	1	0 – 2
SDQ Prosoziales Verhalten	7	7	6 - 10

Frau W. berichtet ein sehr gutes Verhältnis zu ihren beiden Söhnen. Ihre Werte auf den FAM-III- und FBS-Skalen sind durchweg als positiv zu bezeichnen. Sie erlebt wenig „Kontrolle“ durch ihre Kinder und berichtet eine gute „Kommunikation“ mit ihnen. Sie schildert eine hohe Übereinstimmung in Hinblick auf „Werte und Normen“ und „investiert“ viel in ihre Beziehung zu Christoph und Dennis. Sie erlebt durch ihre Söhne sehr viel „Verlässlichkeit“ und verspürt nur wenig „Emotionale Ambivalenz“. Somit besteht sowohl aus der Sicht der Mutter als auch aus der Sicht der beiden Jungen ein gutes Mutter-Kind-Verhältnis. Die Angaben von Frau W. zu den familiären Variablen sind in Tabelle 65 aufgeführt.

Tabelle 65

Werte für Christoph und Dennis in Hinblick auf familiäre Variablen aus Sicht der nicht-abhängigen Mutter

	Christoph	Dennis
FAM-III Kontrolle	6	10
FAM-III Kommunikation	15	15
FAM-III Werte und Normen	17	20
FAM-III Investment	14	14
FBS Verlässlichkeit	20	20
FBS Emotionale Ambivalenz	6	4

6.5.2 Zusammenfassung und Fazit

In den beiden Falldarstellungen wurden zwei Familien mit jeweils zwei Kindern im Alter zwischen 15 und 18 Jahren näher untersucht. In beiden Familien ist der Vater alkoholabhängig. Alle Jugendlichen haben das väterliche Alkoholproblem erfasst und sich damit gedanklich auseinander gesetzt.

Alle Jugendlichen, mit Ausnahme des befragten Mädchens, konsumieren gelegentlich Alkohol. Die beiden älteren Geschwisterkinder haben im letzten Monat auch gelegentlich bis häufig „binge drinking“ betrieben. In Hinblick auf psychische Auffälligkeiten zeigt sich, dass sich die Jugendlichen selbst eher als unauffällig einstufen. Einige kleine Abweichungen gibt es in der Familie aus dem zweiten Fallbeispiel, in dem sich ein Junge in Bezug auf „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ und ein Junge hinsichtlich auf „Hyperaktivität“ im grenzwertigen bzw. auffälligen Bereich bewegt. Interessant ist in beiden Beispielen, dass die Elternpaare ihre Kinder als weitaus belasteter einstufen, als ihre Kinder sich selbst wahrnehmen. Die Beurteilungen der Eltern zur psychischen Gesundheit weichen nicht nur teilweise stark in der Ausprägung von der Wahrnehmung der Kinder ab, sondern beziehen sich auch auf andere Symptome als die, die von den Kindern benannt wurden. Dies ist ein ernstzunehmendes Anzeichen dafür, dass die Sicht der Kinder und die Perspektive der Eltern stark divergieren können.

Bei der Untersuchung kognitiver Variablen stellte sich heraus, dass von den Jugendlichen sowohl in Bezug auf den Umgang mit einem allgemeinen Problem, z.B. Schwierigkeiten in der Schule, als auch in Hinblick auf die Bewältigung des elterlichen Suchtproblems sowohl emotionsfokussierte als problemorientierte Bewältigungsstrategien verwendet werden, jeweils mit unterschiedlichen Ausprägungen. Beide Varianten werden in der Regel auch als hilfreich erachtet. Des Weiteren fällt auf, dass alle befragten Kinder und Jugendlichen über eher stark ausgebildete Selbstwirksamkeitserwartungen verfügen. Auch positive automatische Gedanken bezüglich „Selbstvertrauen“ und „Wohlbefinden“ der Jugendlichen sind verhältnismäßig stark vorhanden. So könnte zunächst der Eindruck entstehen, dass Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien nicht übermäßig über negative Gedankenmuster verfügen. Dennoch fällt vor allem in der zweiten Familie auf, dass dysfunktionale Schemata und negative automatische Gedanken bei den Jugendlichen teilweise sehr stark ausgeprägt sind. Dies kann als Hinweis darauf gedeutet werden, dass zumindest einige Jugendliche aus suchbelasteten Familien über dysfunktionale, kognitive Muster verfügen.

Bei Betrachtung der Eltern-Kind-Beziehung ergibt es sich, dass alle Jugendlichen zu ihrem alkoholabhängigen Vater ein sehr gutes Verhältnis haben. Nur in der zweiten Familie berichten die Jugendlichen auch ein gutes Verhältnis zur nicht-suchtkranken Mutter. In der ersten Familie hingegen nehmen die Jugendlichen das Verhältnis zu ihrer nicht-abhängigen Mutter als schwierig wahr. Dies veranschaulicht, dass nicht notwendigerweise der suchtkranke Elternteil der „schwierige“ Elternteil sein muss. Aus der Sicht der Eltern wird die Beziehung zu den Kindern in beiden Familien durchweg als verhältnismäßig gut beschrieben. Auch die Mutter der ersten Familie nimmt ihr Verhältnis zu den Kindern als positiver wahr als ihre Kinder. Dies ist erneut ein Anzeichen dafür, dass die Perspektiven der Kinder und der Eltern oft sehr unterschiedlich sein können.

7. Diskussion

Im Zuge der vorliegenden Untersuchung wurden bisherige Befunde überprüft, die belegen, dass Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien über eine höhere psychische Symptombelastung verfügen als Kinder und Jugendliche aus diesbezüglich unbelasteten Familien. Hierfür wurden insgesamt 72 Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien (UG) und 109 Kinder und Jugendliche aus unbelasteten Familien (KG) befragt. Ein zentrales Anliegen der Studie war es, erstmalig im Kontext von Kindern und Jugendlichen mit einer elterlichen Alkoholbelastung die Bedeutung kognitiver Faktoren für die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten zu beleuchten. Für dieses Vorhaben wurden umfassend verschiedene Formen funktionaler und dysfunktionaler Kognitionen wie effektives und ineffektives Bewältigungsverhalten, Selbstwirksamkeitserwartungen, dysfunktionale Schemata sowie positive und negative automatische Gedanken untersucht. Diese kognitiven Variablen wurden einerseits dahingehend kontrolliert, ob Unterschiede zwischen betroffenen und nicht-betroffenen Kindern und Jugendlichen bestehen, andererseits wurden die kognitiven Variablen auch in Zusammenhang mit der psychischen Symptombelastung überprüft.

Als zusätzlicher Teil der vorliegenden Studie wurden auch Variablen der Eltern-Kind-Beziehung analysiert. Hierzu wurden Variablen wie wahrgenommene Kontrolle durch die Eltern, Kommunikation mit den Eltern, Übereinstimmung mit den Eltern hinsichtlich Werten und Normen, Investment in die Beziehung zu den Eltern, erlebte Verlässlichkeit durch die Eltern im Alltag und emotionale Distanz gegenüber den Eltern aus der Sicht der Kinder untersucht. Auch hier wurden einerseits potentielle Unterschiede zwischen belasteten und unbelasteten Kindern und Jugendlichen aufgedeckt, andererseits wurde auch die Rolle dieser familiären Variablen in Bezug auf psychische Auffälligkeiten untersucht.

Zuletzt wurden explorativ zwei Falldarstellungen von alkoholbelasteten Familien untersucht, um nicht nur die Sicht der Kinder und Jugendlichen zu betrachten, sondern auch den Blickwinkel der Eltern einzubeziehen.

7.1 Verhaltensauffälligkeiten

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass das Aufwachsen in einer alkoholbelasteten Familie negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit des Kindes haben kann. Dies trifft für die Gesamtproblembelastung zu sowie insbesondere auch für internalisierende

Symptome („Emotionale Probleme“) und externalisierende Symptome („Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“). Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien sind in Hinblick auf diese Variablen belasteter als nicht-betroffene Gleichaltrige.

Es sei jedoch angemerkt, dass insgesamt 76,4% der familiär-alkoholbelasteten Kinder und Jugendlichen (UG) in Hinblick auf ihren Gesamtproblemwert im unauffälligen Bereich liegen. Dieser Prozentsatz liegt nur knapp unter dem der Normstichprobe, in der 80% der untersuchten Kinder und Jugendlichen aus der Normalbevölkerung im unauffälligen Bereich liegen¹⁷. In der hier untersuchten UG liegen mit 16,7% mehr Kinder und Jugendliche im grenzwertigen Bereich als in der Normstichprobe (10%), dafür aber weniger im auffälligen Bereich als in der Normalbevölkerung (10%). Somit sind die hier untersuchten familiär-alkoholbelasteten Kinder und Jugendlichen insgesamt nicht als unverhältnismäßig auffällig zu betrachten. Auch im Vergleich zu früheren Forschungsergebnissen fällt auf, dass die betroffenen Kinder und Jugendlichen aus der UG der vorliegenden Untersuchung insgesamt weniger psychische Auffälligkeiten zeigen als untersuchte Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien aus früheren Studien: während Werner (1992, 1993) sowie Werner und Smith (1982) berichten, dass etwa ein Drittel von psychischen Symptomen betroffen ist, gilt in der Stichprobe der vorliegenden Studie, dass nur etwa ein Viertel der Kinder und Jugendlichen psychische Auffälligkeiten aufweist. Dieses Phänomen liegt vermutlich in einem Selektionsbias begründet, auf den im späteren Verlauf dieses Kapitels ausführlich eingegangen wird.

Weiterhin wurde festgestellt, dass auch das Geschlecht einen Effekt auf das Bestehen psychischer Auffälligkeiten besitzt. Das Geschlecht hat Effekt auf die Gesamtproblembelastung sowie auf „Emotionale Probleme“, „Hyperaktivität“ und „Prosoziales Verhalten“. Mädchen zeigen sich, mit Ausnahme von „Prosozialem Verhalten“, belasteter als Jungen. Daher darf die Rolle des Geschlechts bei der Interpretation der Ergebnisse und für die künftige Gestaltung universeller Präventionsprogramme grundsätzlich nicht unberücksichtigt bleiben. Innerhalb der UG wurden jedoch keine Geschlechterunterschiede in Hinblick auf die Symptombelastung gefunden, daher erscheint es nicht zwingend notwendig, innerhalb der praktischen Arbeit mit suchtselasteten Kindern

¹⁷ Wie bereits in 5.3.1.5 beschrieben, wurde die Verteilung der Grenzwerte des SDQ durch die Autoren (Youth in Mind, 2009) so gewählt, dass in einer Normstichprobe 80% der Kinder und Jugendliche als „normal“, 10% als „grenzwertig auffällig“ und 10% als „auffällig“ klassifiziert wurden.

speziell auf genderspezifische Aspekte einzugehen. Auch dem Alter scheint innerhalb der UG keine besondere Bedeutung für die psychische Symptombelastung zuzukommen.

Die befundenen Ergebnisse spiegeln sich in den beiden Falldarstellungen bedingt wider. Aus der Sicht der befragten Kinder zeigen sich in zwei Fällen innerhalb einer Familie leichte Tendenzen einer vorliegenden psychischen Symptombelastung in Form von externalisierenden Auffälligkeiten. Interessant und besonders relevant für künftige Forschungsarbeiten auf diesem Gebiet ist allerdings, dass die beiden vermeintlich unauffälligen Kinder von ihren beiden Elternteilen doch als verhaltensauffällig beschrieben werden. Darüber hinaus zeigte sich in jener Familie, in der sich bereits die Kinder aus grenzwertig oder auffällig darstellen, dass zwar auch die Eltern die Söhne entsprechend einstufen, sich die von ihnen beschriebenen Auffälligkeiten aber auf andere Symptome beziehen. Es wird also deutlich, dass die Sicht der Kinder und die der Eltern weit divergieren können. Für weitere Untersuchungen sei daher empfohlen, auch die Sicht der Eltern und somit den Blickwinkel der gesamten familialen Triade verstärkt einzubeziehen.

In Hinblick auf das Alkoholkonsumverhalten von betroffenen Kindern und Jugendlichen konnte festgestellt werden, dass sich Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien nicht von unbelasteten Kindern und Jugendlichen in Bezug auf Lebenszeitprävalenz oder Rauschtrinken im letzten Monat voneinander unterscheiden. Dies erschien zunächst überraschend, da die Literatur deutlich darauf hinweist, dass betroffene Kinder und Jugendliche mehr Alkohol konsumieren als Gleichaltrige und auch ein erhöhtes Risiko besitzen, selbst eine alkoholbezogene Störung zu entwickeln. Es ist zu vermuten, dass die hier befundenen Ergebnisse darin begründet liegen, dass die Kinder und Jugendlichen zum Teil noch zu jung sind, um regelmäßig Alkohol in größeren Mengen zu konsumieren. Es wäre jedoch interessant zu beobachten, wie sich die Trinkmuster innerhalb der UG und KG im Laufe der weiteren Jahre entwickeln. Es ist nicht auszuschließen, dass die UG mit fortschreitendem Alter mehr Alkohol konsumiert als die KG und somit theoriegemäß ein höheres Risiko für suchtbezogene Störungsbilder entwickelt. Diese Vermutung wird zum Einen dadurch gestützt, dass das Alkoholkonsumverhalten mit zunehmendem Alter innerhalb der UG proportional ansteigt. Zum Anderen zeigt sich in den Fallbeispielen, dass die beiden älteren Kinder, die im Grunde bereits als junge Erwachsene bezeichnet werden können, gelegentlich Alkohol trinken und im letzten Monat auch „binge drinking“ betrieben haben. Um Entwicklungsmuster in Hinblick auf Substanzkonsum bei suchtbelasteten Kindern zu

untersuchen, empfehlen sich für künftige Untersuchungen prospektive Längsschnittdesigns, welche über mehrere Jahre hinweg angelegt sind und mehrere Messzeitpunkte beinhalten.

7.2 Kognitive Faktoren

Die Zugehörigkeit zu einer alkoholbelasteten oder einer unbelasteten Familie hat keinerlei Effekt auf die Bewältigung eines allgemeinen, nicht-suchtspezifischen Problems bezogen auf Schule, Freunde oder Liebeskummer. Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien unterscheiden sich somit nicht von Kindern und Jugendlichen aus der unbelasteten KG hinsichtlich ihrer Copingstrategien. Dies trifft sowohl für zuvor als effektiv eingestufte als auch für als ineffektiv kategorisierte Bewältigungsstrategien zu.

Die beiden Gruppen UG und KG unterscheiden sich in der Regel auch nicht hinsichtlich dysfunktionaler Schemata und automatischer Gedanken. Das bedeutet, dass Kinder aus alkoholbelasteten Familien nicht, wie zuvor angenommen, über mehr dysfunktionale kognitive Muster und weniger positive Kognitionen verfügen als Kinder und Jugendliche aus unbelasteten Familien. Allerdings existiert eine marginal signifikante Wechselwirkung von Gruppenzugehörigkeit und Geschlecht in Bezug auf automatische Gedanken zu „Wohlbefinden“. So haben belastete Mädchen aus der UG zwar mehr automatische Gedanken zu „Wohlbefinden“ als Mädchen aus der KG, bei den Jungen zeigt sich allerdings ein umgekehrtes Bild: hier sind Jungen aus der UG belasteter als Jungen aus der KG. In den beiden Falldarstellungen zeigt sich ein gemischtes Bild in Hinblick auf die Ausprägung kognitiver Muster: während das eine untersuchte Geschwisterpaar über gering ausgeprägte dysfunktionale Schemata verfügt, gibt es bei dem anderen Geschwisterpaar sehr hohe Ausprägungen der negativen Schemata. In Hinblick auf automatische Gedanken hat nur ein Jugendlicher vermehrt negative Gedanken, aber alle Befragten haben ein erhöhtes Aufkommen an automatischen positiven Gedanken.

Lediglich in Hinblick auf Selbstwirksamkeitserwartungen zeigt sich ein signifikanter Effekt von Gruppenzugehörigkeit: Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien verfügen über weniger stark ausgeprägten Selbstwirksamkeitserwartungen als nicht-betroffene Kinder und Jugendliche. Somit bestehen zumindest für dieses kognitive Muster signifikante Gruppenunterschiede. Dieses Ergebnis spiegelt sich in den beiden Falldarstellungen nicht wider. Hier haben alle Jugendlichen eher hohe Selbstwirksamkeitserwartungen.

Da sich also keine eindeutigen Gruppenunterschiede in Bezug auf kognitive Variablen finden lassen und auch in den Fallbeispielen die Ergebnislage eher gemischt ist, ist zu folgern, dass dysfunktionale Kognitionen nicht unbedingt typisch für Kinder und Jugendliche aus suchbelasteten Familien sind. Ein signifikanter Haupteffekt des Geschlechts auf negative automatische Gedanken sowie der signifikante Interaktionseffekt von Gruppenzugehörigkeit und Geschlecht auf positive Gedanken hinsichtlich „Wohlbefinden“ geben Anlass zu vermuten, dass das Geschlecht eine ähnliche Rolle für kognitive Muster spielt wie das Aufwachsen in einer suchbelasteten Familien. Zumindest dies gilt für automatische Gedanken: Mädchen sind hier generell belasteter als Jungen hinsichtlich negativer Gedanken und zeigen auch, zumindest innerhalb der KG, dass sie weniger „Wohlbefinden“ fühlen als Jungen. Sollen in der praktischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen dysfunktionale Kognitionen bearbeitet werden, macht eine geschlechtsspezifische Ausrichtung daher möglicherweise ebenso viel Sinn wie eine gruppenspezifische. Dennoch kann aufgrund der hier gefundenen Ergebnislage gefolgert werden, dass die Bearbeitung kognitiver Muster weder besonders gruppen- noch besonders genderspezifisch ausgerichtet werden muss. Auch innerhalb der Gruppe der belasteten Kinder und Jugendlichen werden keine Geschlechterunterschiede in Hinblick bezüglich kognitiver Muster gefunden. Ebenso bestehen keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Alter und kognitiven Mustern. Daher scheint auch diesem Aspekt keine herausragende Bedeutung für die Entwicklung dysfunktionaler kognitiver Muster innerhalb der UG zuzukommen.

Dessen ungeachtet können kognitive Muster, wie es beispielsweise Beck et al. (1999) und Stallard (2002) postulierten, eine besondere Bedeutung für die Entstehung psychischer Auffälligkeiten haben, auch für Kinder aus suchbelasteten Familien. Diese Annahme wurde in der vorliegenden Studie insgesamt bekräftigt.

In Hinblick auf Bewältigungsstrategien wurde allerdings deutlich, dass von den zunächst als effektiv beurteilten Bewältigungsstrategien beim Umgang mit dem elterlichen Suchtproblem, „Ablenkung“ in der UG zwar signifikant mit der Gesamtproblembelastung korreliert, diese Korrelation aber ein positives Vorzeichen hat. Darüber hinaus zeigte sich eine signifikante, ebenso positive Korrelation zwischen „Affektäußerung“ und „Emotionale Probleme“. So zeigt sich, dass diese Bewältigungsstrategien zwar mit der psychischen Symptombelastung signifikant zusammenhängen, diese Zusammenhänge aber in eine unerwartete Richtung gehen: je häufiger diese vermeintlich effektiven Strategien angewendet werden, desto höher ist die psychische Symptombelastung. Es kann somit

gefolgert werden, dass einige emotionsfokussierte Strategien, die in den Studien von Velleman et al. (2008) und Templeton et al. (2009) von betroffenen Kindern als hilfreich erachtet wurden, in der Regel möglicherweise nicht so hilfreich sind, wie deren Stichprobe sie beurteilte. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie entsprechen also eher vorherigen Befunden, dass bestimmte Formen von emotionsfokussiertem Coping als dysfunktional für betroffene Kinder zu bewerten sind. Dennoch kann das Erleben einzelner betroffener Kinder abweichen: in den Fallbeispielen werden „Ablenkung“ oder „Affektäußerung“ als mindestens mittelmäßig hilfreich erachtet und werden daher von den Jugendlichen auch im Umgang mit dem elterlichen Suchtproblem angewendet. Es ist allerdings anzunehmen, dass sich diese Wirksamkeit auf eher kurzfristige Effekte bezieht und somit nicht dauerhaft zu einer Verbesserung des Befindens der Kinder und Jugendlichen beiträgt.

Die zuvor als ineffektiv kategorisierte Copingstrategie „Wunschdenken“ hingegen kann weiterhin als dysfunktional für die psychische Gesundheit bewertet werden. Die signifikanten Korrelationen von „Wunschdenken“ mit der psychischen Gesamtproblembelastung sowie mit „Emotionalen Problemen“ und „Hyperaktivität“ gehen stets in die erwartete, positive Richtung. Trotzdem zeigt sich in den Fallbeispielen erneut, dass Einzelerfahrungen abweichen können: „Wunschdenken“ wird in drei beschriebenen Fällen nicht nur im Umgang mit dem elterlichen Suchtproblem angewendet, sondern auch als mindestens mittelmäßig hilfreich beurteilt. Es ist jedoch erneut davon auszugehen, dass sich diese Wirksamkeit auf kurzfristige Effekte bezieht. Daher sollte in der praktischen Arbeit mit betroffenen Kindern und Jugendlichen darauf geachtet werden, dass emotionsfokussierte Bewältigungsstrategien wie „Ablenkung“, „Affektäußerung“ und „Wunschdenken“ von den Kindern und Jugendlichen weniger eingesetzt werden, wenn die Arbeit auf die Prävention psychischer Auffälligkeiten abzielt.

Auch der Förderung von Selbstwirksamkeitserwartungen kommt in der praktischen Präventionsarbeit mit Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien eine erhebliche Bedeutung zu. Es bestehen signifikante Korrelationen zwischen Selbstwirksamkeitserwartungen mit dem Gesamtproblemwert sowie mit „Emotionalen Problemen“ und „Verhaltensproblemen mit Gleichaltrigen“. Diese Zusammenhänge gehen stets in die erwartete, negative Richtung. Dementsprechend kann abgeleitet werden: je höher die Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartungen betroffener Kinder und Jugendlicher aus alkoholbelasteten Familien, desto geringer ist ihre psychische Symptombelastung. Dieser Befund sollte in die Entwicklung präventiver Programme für Kinder und Jugendliche aus

suchtbelasteten Familien eingearbeitet werden. In den beiden Fallbeispielen wird jedoch keine Koinzidenz von einer erhöhten Symptombelastung und geringen Selbstwirksamkeitserwartungen beobachtet. Möglicherweise handelt es sich bei den beiden Falldarstellungen um positive Ausnahmen.

Dysfunktionale Schemata scheinen in der Entstehung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien ebenso eine besondere Rolle zu spielen. Alle erfassten dysfunktionalen Schemata zeigen innerhalb der belasteten Gruppe von Kindern und Jugendlichen einen signifikanten Zusammenhang mit dem Gesamtproblemwert sowie nahezu durchweg mit „Emotionalen Problemen“ und „Verhaltensproblemen mit Gleichaltrigen“. Alle Korrelationen gehen stets in die erwartete Richtung und zeigen demgemäß: je stärker die Ausprägung des dysfunktionalen Schemas beim betroffenen Kind oder Jugendlichen, desto höher ist seine psychische Symptombelastung. Ein Zusammentreffen dysfunktionaler Schemata und einer erhöhten Symptombelastung wird auch bei zwei Jugendlichen aus den Falldarstellungen beobachtet. Die Umstrukturierung dysfunktionaler Schemata kann somit einen wertvollen Beitrag in der praktischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien leisten. Dies bedeutet, dass die Empfehlungen von Beck et al. (1999) oder Stallard (2002) auch auf Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien übertragen werden können.

Ebenso sollte in der praktischen Arbeit mit betroffenen Kindern und Jugendlichen die Kontrolle automatischer Gedanken angelernt werden, wenn es um die Prävention oder Behandlung von „Emotionalen Problemen“ oder „Verhaltensproblemen mit Gleichaltrigen“ geht. Negative automatische Gedanken zeigen einen signifikanten Zusammenhang mit dem Gesamtproblemwert und den beiden oben genannten Symptomen. Da die Korrelation stets in die erwartete Richtung gehen, kann konkludiert werden: je häufiger Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien automatische negative Gedanken in Hinblick auf negative Selbstaussagen haben, desto höher ist ihre psychische Symptombelastung. Auch bestehen signifikante Zusammenhänge zwischen positiven automatischen Gedanken bezüglich „Wohlbefinden“ und „Selbstvertrauen“ mit sowohl dem Gesamtproblemwert als auch mit „Emotionalen Problemen“ oder „Verhaltensproblemen mit Gleichaltrigen“. Die Zusammenhänge sind wie erwartet: je häufiger Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien automatische positive Gedanken haben, desto geringer ist ihre psychische Symptombelastung. So sollte in der praktischen Arbeit mit betroffenen Kindern und Jugendlichen nicht nur die Kontrolle negativer Gedanken in Bezug auf negative

Selbstaussagen erlernt werden, sondern auch die Förderung positiver Gedanken hinsichtlich „Selbstvertrauen“ und „Wohlbefinden“ sollte Beachtung finden. Dies bestätigt erneut den Gedanken, dass die Erkenntnisse von Beck et al. (1999) auch für Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien zutreffend sind.

Diese gefundenen Ergebnisse in Bezug auf die Rolle kognitiver Muster für die psychische Symptombelastung spiegeln sich in der linearen Regressionsanalyse mit jenen kognitiven Variablen als Prädiktoren, die einen signifikanten Effekt auf oder einen signifikanten Zusammenhang mit dem Gesamtproblemwert aufgewiesen haben, für das dysfunktionale Schema „Persönliche Vulnerabilität“ sowie für positive automatische Gedanken zu „Wohlbefinden“ wider. Diese Prädiktoren liefern einen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung des SDQ-Gesamtproblemwertes.

Auf Basis dieser Ergebnisse kann erwartungsgemäß gefolgert werden, dass dysfunktionale kognitive Muster die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien beeinträchtigen können. Es muss jedoch eingeräumt werden, dass dieses Ergebnis für die Gruppe der familiär-alkoholbelasteten Kinder und Jugendlichen nicht spezifisch ist. Innerhalb der Gruppe der Kinder und Jugendlichen aus nicht-belasteten Familien zeigt sich nämlich eine ähnliche Ergebnislage in Hinblick auf Selbstwirksamkeitserwartungen, dysfunktionale Schemata und automatische Gedanken. Innerhalb der KG korrelieren Selbstwirksamkeitserwartungen mit dem Gesamtproblemwert und „Emotionalen Problemen“, allerdings nicht, wie in der UG, mit „Verhaltensproblemen mit Gleichaltrigen“. Alle Korrelationen sind, wie in der UG, negativ. Somit gilt auch in der KG, dass eine geringe Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartungen mit einer erhöhten psychischen Symptombelastung einhergeht.

Innerhalb der Gruppe der nicht-betroffenen Kinder und Jugendlichen zeigt sich auch, dass, außer dem Schema „Persönliche Fähigkeiten“, alle weiteren dysfunktionalen Schemata einen signifikanten Zusammenhang aufweisen mit Gesamtproblemwert und einigen weiteren Symptomskalen. Grundsätzlich weisen Zusammenhänge gleiche Tendenzen auf wie in der UG: eine stärkere Ausprägung der Schemata geht mit einer höheren Symptombelastung einher. Ein Unterschied zu den Ergebnissen der UG besteht darin, dass sich hier eher einzelne Korrelationen zwischen Schemata und Symptomen zeigen, und kein so eindeutiges Zusammenhangsmuster der Schemata ausschließlich in Bezug auf „Emotionalen Probleme“ oder „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ besteht.

Weitere übereinstimmende Zusammenhänge, die in dieselbe Richtung gehen wie in der UG, existieren auch für negative automatische Gedanken. In der KG bestehen signifikante Zusammenhänge zwischen automatischen Gedanken zu „Negativen Selbstaussagen“ und dem Gesamtproblemwert sowie „Emotionalen Problemen“. Alle Korrelation sind positiv und gehen somit in die gleiche Richtung wie in der UG: je häufiger Kinder und Jugendliche aus unbelasteten Familien automatische negative Gedanken haben, desto höher ist ihre psychische Symptombelastung. Im Gegensatz zur UG besteht allerdings keine signifikante Korrelation mit „Verhaltensproblemen mit Gleichaltrigen“. Somit scheinen derartige Gedanken in der KG keine so große Rolle für diese externalisierende Verhaltensauffälligkeit zu spielen wie in der UG.

In Hinblick auf positive automatische Gedanken zeigte sich innerhalb der unbelasteten Gruppe der befragten Kinder und Jugendlichen, dass nur positive automatische Gedanken zu „Wohlbefinden“ signifikant mit dem Gesamtproblemwert und „Emotionalen Problemen“ bestehen. Es bestehen keine, wie in der UG, signifikante Zusammenhänge zwischen „Selbstvertrauen“ und Symptomen der psychischen Belastung. Dennoch weisen die signifikanten Zusammenhänge auf: je mehr positive automatischer Gedanken in Hinblick auf „Wohlbefinden“ Kinder und Jugendliche aus der KG haben, desto geringer ist ihre psychische Symptombelastung.

Aus einer linearen Regressionsanalyse mit jenen kognitiven Variablen als Prädiktoren, die einen signifikanten Zusammenhang mit dem Gesamtproblemwert innerhalb der KG aufgewiesen haben, wurde deutlich, dass automatische negative Gedanken zu „Negative Selbstaussagen“, das Schema „Schutzbedürftigkeit“ sowie das Geschlecht einen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung des SDQ-Gesamtproblemwertes leisten. In der KG sind offensichtlich andere Faktoren für die Entstehung psychischer Auffälligkeiten bedeutsam als in der UG. Ein besonderes Augenmerk sollte hier auf die Variable Geschlecht gerichtet werden, da eine geschlechtsspezifische Ausrichtung in der praktischen präventiven Arbeit mit unbelasteten Kindern und Jugendlichen mehr Sinn zu ergeben scheint als in der UG.

Es lässt sich also zusammenfassen, dass sich in der UG und KG im Grunde ähnliche Ergebnisse bezüglich der Bedeutung kognitiver Faktoren für die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten finden lassen. Allerdings ist das Ergebnismuster für die UG klarer: in der UG hängen kognitive Muster ausschließlich mit dem Gesamtproblemwert, „Emotionalen Problemen“ und „Verhaltensproblemen mit Gleichaltrigen“ zusammen. In der KG hingegen bestehen zum Einen weniger signifikante Zusammenhänge zwischen kognitiven Mustern und

der psychischen Symptombelastung, zum Anderen sind diese Zusammenhänge nicht so eindeutig wie in der UG auf bestimmte Symptome begrenzt. Zwar bestehen stets Zusammenhänge mit dem Gesamtproblemwert und „Emotionalen Problemen“, aber ein so deutliches Ergebnismuster wie in der UG zu „Verhaltensproblemen mit Gleichaltrigen“ existiert nicht. Zusätzlich bestehen nur vereinzelte Korrelationen, die kein klares Muster auf ein bestimmtes Symptom aufweisen.

Trotz dieser etwas weniger prägnanten Ergebnislage in der KG liefern die Befunde gewisse Einschränkungen für die Bestätigungen der postulierten Hypothesen der Untersuchung: die erwarteten Zusammenhänge gelten nicht ausschließlich für Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien, sondern treffen auch für Kinder und Jugendliche auf unbelasteten Familien zu. Es kann demgemäß geschlussfolgert werden, dass die Bearbeitung kognitiver Variablen nicht nur in der selektiven Präventionsarbeit mit Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien besonders bedeutsam ist, sondern dass sie grundsätzlich auch in der universellen praktischen Arbeit mit einer breiteren Zielgruppe aus der Normalbevölkerung eingesetzt werden kann, wenn sie auf die Prävention psychischer Störungen abzielt.

7.3 Variablen der Eltern-Kind-Beziehung

Ein Vergleich zwischen Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien und Kindern und Jugendlichen aus unbelasteten Familien hinsichtlich Variablen der Eltern-Kind-Beziehung zeigt, dass die Zugehörigkeit zu einer suchtblasteten Familien bzw. zu einer nicht-betroffenen Familie keine Auswirkungen auf Familienvariablen wie „Kontrolle“, „Kommunikation“, „Werte und Normen“, „Investment“, „Verlässlichkeit“ und „Emotionale Ambivalenz“ besitzt. Das bedeutet, dass sich betroffene Kinder und Jugendliche aus der UG nicht von Kindern und Jugendlichen aus der KG in Bezug auf die familiären Variablen unterscheiden. Dies erschien zunächst überraschend, da frühere Forschungsergebnisse eindeutig vorweisen, dass Kinder aus suchtblasteten Familien häufig eine negativere Eltern-Kind-Beziehung erleben und beispielsweise die Atmosphäre in der Familie oder das unberechenbare Verhalten des suchtkranken Elternteils beklagen (Zobel, 2000). Die Erklärung, warum in der vorliegenden Untersuchung in der UG keine negativere Eltern-Kind-Beziehung beobachtet werden konnte als in der KG, liegt höchstwahrscheinlich in einem Selektionsbias begründet, welcher in einem späteren Abschnitt dieses Kapitels erläutert wird.

Es gibt jedoch einen signifikanten Haupteffekt von Geschlecht auf Variablen der Eltern-Kind-Beziehung, welcher sich in Hinsicht auf „Emotionale Ambivalenz“ äußert. Mädchen berichten von mehr emotionaler Distanz gegenüber ihren Eltern als Jungen. Diese geschlechtsspezifische Tendenz sollte in der praktischen Arbeit mit Familien generell beachtet werden. Innerhalb der Gruppe der Kinder und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien existieren allerdings keine signifikanten Geschlechtsunterschiede in Hinblick auf die untersuchten familiären Variablen. Es bestehen auch keine signifikanten Korrelationen, die auf einen Zusammenhang zwischen dem Alter und familiären Variablen hindeuten. Somit kommt diesen beiden Variablen in der praktischen Arbeit mit alkoholbelasteten Familien keine besondere Bedeutung zu, weshalb diese weder speziell alters- noch genderspezifisch ausgerichtet werden muss.

In den beiden untersuchten Fallbeispielen bestätigt sich das gefundene Bild weitestgehend. Alle befragten Kinder berichten fast ohne Einschränkung eine vergleichsweise gute Beziehung zum Vater. Ein Geschwisterpaar berichtet ein etwas schwierigeres Verhältnis zur Mutter. Bemerkenswert ist hier, dass alle Kinder ausnahmslos ein gutes Verhältnis zum suchtkranken Elternteil berichten, jedoch nicht unbedingt zum nicht-abhängigen Elternteil. Diese Beobachtungen erinnern daran, dass suchtkranke Eltern nicht zwangsläufig schlechte Eltern sein müssen und dass sie für das Kind trotz ihrer Abhängigkeitserkrankung in vielen Fällen eine geliebte Bezugsperson darstellen. Des Weiteren liefern die Ergebnisse aus den Falldarstellungen Hinweise darauf, dass auch die Beziehung zum nicht-suchtkranken Elternteil schwierig sein kann, da dieser beispielsweise aufgrund der Erkrankung des Partners überfordert ist und somit keine ausreichenden Ressourcen für das Kind übrig hat. Ob sich dieses Muster auch in anderen Familien wiederfindet, müsste in Nachfolgeuntersuchungen mit einer größeren Stichprobe von Elternpaaren erhoben werden. Interessant ist darüber hinaus, dass das Eltern-Kind-Verhältnis von den befragten Eltern als durchweg positiv bewertet wird, nicht jedoch von den Kindern. Dieses Ergebnis betont erneut, dass die Sicht der Kinder und die der Eltern nicht unbedingt übereinstimmen. Sowohl in der künftigen Forschung als auch in der praktischen Arbeit sollten dementsprechend möglichst verschiedene Sichtweisen integriert und miteinander in Beziehung gesetzt werden.

Innerhalb der belasteten Gruppe konnte allerdings festgestellt werden, dass eine negativ erlebte Eltern-Kind-Beziehung negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen haben kann. Von den untersuchten Familienvariablen zeigen alle Variablen außer „Verlässlichkeit“ und „Investment“ einen signifikanten Zusammenhang mit

dem Gesamtproblemwert und/oder „Emotionalen Problemen“, „Verhaltensproblemen“ und „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“. Alle Korrelationen gehen stets in die erwartete Richtung. Dies bestätigt die zuvor postulierte Annahme, dass eine negativ erlebte Eltern-Kind-Beziehung mit einer erhöhten psychischen Symptombelastung einhergeht. Neben der Bearbeitung kognitiver Faktoren ist es in der praktischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien also ebenso besonders wichtig, auch die Beziehung zu den Eltern aufzugreifen. Im Idealfall werden auch die Eltern in selbst derartige Programme integriert.

In den Fallbeispielen der Untersuchung gibt es keine Koinzidenzen von einer selbstberichteten psychischen Symptombelastung und einem negativen Eltern-Kind-Verhältnis. Allerdings ist jenes Geschwisterpaar, welches von den Eltern im grenzwertigen oder auffälligen Bereich hinsichtlich psychischer Symptome eingestuft wird und von dem berichtet wird, dass sie beide an ADHS leiden, das Geschwisterpaar, welches von der schwierigen Beziehung zur Mutter berichtet.

Die lineare Regressionsanalyse innerhalb der UG mit jenen Familienvariablen als Prädiktoren, die in den Korrelationsanalysen einen signifikanten Zusammenhang mit dem SDQ-Gesamtproblemwert zeigten, ergab, dass innerhalb der UG der Prädiktor „Werte und Normen“ einen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung des SDQ-Gesamtproblemwertes leistet.

Auf Basis der Ergebnisse kann gefolgert werden, dass auch eine negative Eltern-Kind-Beziehung die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien beeinträchtigen kann. Es muss allerdings erneut eingeräumt werden, dass der Zusammenhang zwischen Familienvariablen und psychischen Problemen nicht spezifisch für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien ist. Denn auch innerhalb der Gruppe der Kinder und Jugendlichen aus unbelasteten Familien zeigt sich eine ähnliche Ergebnislage. In der KG besitzen alle Variablen der Eltern-Kind-Beziehung einen signifikanten Zusammenhang mit der Gesamtproblembelastung und/oder den Symptomskalen der Kinder. Bei Betrachtung der Zusammenhänge zeigt sich, dass sich die signifikanten Korrelationen vor allem auch auf den Gesamtproblemwert und „Emotionale Probleme“ beziehen. Des Weiteren bestehen einzelne signifikante Zusammenhänge mit „Verhaltensproblemen“ und „Prosoziales Verhalten“. Hinsichtlich der Richtungen der Zusammenhänge gilt auch in der unbelasteten KG: je nachteiliger die Beziehung zu den Eltern erlebt wird, desto höher ist die psychische Symptombelastung.

Eine lineare Regressionsanalyse innerhalb der KG mit jenen Familienvariablen als Prädiktoren, die in den Korrelationsanalysen einen signifikanten Zusammenhang mit dem SDQ-Gesamtproblemwert zeigten, ergab, dass die beiden Prädiktoren „Verlässlichkeit“ und Geschlecht einen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung des Gesamtproblemwertes liefern. Interessant ist hier erneut, dass eine geschlechtsspezifische Ausrichtung in der praktischen präventiven Arbeit mit unbelasteten Kindern erfolgversprechender scheint als in der UG.

Aufgrund der Ergebnislage kann geschlossen werden, dass die Bearbeitung familiärer Variablen nicht nur in der selektiven Präventionsarbeit mit Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien wichtig sein kann, sondern dass sie auch in der universellen Präventionsarbeit zur Förderung psychischer Gesundheit mit Kindern und Jugendlichen aus nicht-suchtbelasteten Familien weiterhin eingesetzt und verstärkt werden muss. Ein Einbezug der Eltern in derartige Programme ist hier dringend empfehlenswert.

Eine lineare Regressionsanalyse innerhalb der UG mit den zuvor berücksichtigten kognitiven und familiären Variablen ergab, dass nur die KIDCOPE-Variable „Ablenkung“ einen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung des SDQ-Gesamtproblemwertes liefert. Im Rahmen einer Regressionsanalyse innerhalb der KG mit den kognitiven und familiären Variablen galt dies für automatische negative Gedanken zu „Negative Selbstaussagen“ und der Familienvariable „Kommunikation“.

Die Ergebnislage weist insgesamt darauf hin, dass sowohl kognitive Muster als auch Variablen der Eltern-Kind-Beziehung eine bedeutsame Rolle für die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten spielen. Dies gilt sowohl für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien als auch für Kinder und Jugendliche aus unbelasteten Familien. Allein eine detaillierte Betrachtung der Einzelergebnisse lässt darauf schließen, dass in der alkoholbelasteten Gruppe andere kognitive und familiäre Faktoren und andere psychische Symptome eine wesentlichere Rolle spielen als in der unbelasteten Gruppe.

Eine Absicherung der gefundenen, statistisch signifikanten Ergebnisse geschah durch die Anwendung von Bonferroni-Korrekturen der p-Werte in den durchgeführten Korrelationsanalysen. Durch diese konservative Vorgehensweise konnte eine Alphafehler-Kumulierung ausgeschlossen werden. Dennoch sind die gefundenen Korrelationskoeffizienten als höchstens mittelgroß zu bezeichnen. Dies sowie die Ergebnislage aus den linearen Regressionsanalysen lassen vermuten, dass die erfassten

kognitiven und familiären Variablen insgesamt eine etwas geringere Rolle spielen als in der vorliegenden Studie zunächst angenommen.

7.4 Limitationen der vorliegenden Untersuchung

Diese etwas geringere als zuvor angenommene Bedeutung kognitiver und familiärer Variablen für die psychische Gesundheit familiär-alkoholbelasteter Kinder und Jugendlicher gibt Anlass zur Vermutung, dass es noch andere Faktoren gibt, die insbesondere in suchtblasteten Familien einen Effekt auf die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen haben können. Dies bezieht sich beispielsweise auf Variablen, die im Rahmen der vorliegenden Studie nicht erfasst wurden. Beispielsweise wurde das Thema der Resilienz hier nicht umfassend untersucht. In der vorliegenden Untersuchung wurde Resilienz lediglich über die Anzahl der Geschwister, „Prosoziales Verhalten“ und das Zusammenleben der leiblichen Eltern erfasst. Diese Variablen haben zwar keinen signifikanten Effekt auf die psychische Symptombelastung, aber unbekannt bleibt die Bedeutung weiterer, nicht erfasster Resilienzfaktoren, wie sie zum Beispiel durch Werner (1982) oder Wolin und Wolin (1995, 1996) definiert wurden. Diese Faktoren beziehen sich vor allem auf die Persönlichkeit und das Temperament des Kindes, welche in der vorliegenden Untersuchung aus zeitökonomischen Gründen leider nicht erhoben werden konnten. Für künftige Studien sollten diese Faktoren aber unbedingt geprüft werden, damit mögliche Haupt-, Interaktions- oder Moderationseffekte aufgedeckt werden können. Des Weiteren würde es sich anbieten, stichhaltigere Fakten zur Exposition an das elterliche Suchtproblem zu erfassen, denn laut Zobel (2000) ist Exposition ein wesentlicher Faktor, der die psychische Gesundheit betroffener Kinder negativ beeinflussen kann. Auch wurden Effekte von möglicher Armut in der vorliegenden Untersuchung nicht näher analysiert, da die befragten Kinder und Jugendlichen, so die Annahme bei der Gestaltung des Fragebogenheftes, keine objektiven Angaben zu den elterlichen Einkommensverhältnissen machen können. Für weitere Studien zu Kindern aus suchtblasteten Familien empfiehlt es sich jedoch unbedingt, derartige soziodemografische Angaben detailliert zu erheben - vorzugsweise aus der Sicht der Eltern oder dritten Personen. Auch ist es in künftigen Studien wichtig, nach anderen relevanten Bezugspersonen außer den Eltern und Geschwistern zu fragen, da die konsistente Unterstützung solcher Personen als primärer protektiver Faktor zu betrachten ist (Templeton et al., 2009).

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine Querschnittsstudie. In einer prospektiven Längsschnittstudie, in der die Kinder und Jugendlichen über einen längeren Zeitraum hinweg beobachtet werden, hätten Entwicklungspfade der Kinder und Jugendlichen in Bezug auf die psychische Symptombelastung und in Hinblick auf kognitive Muster und die Beziehung zu den Eltern genauer analysiert werden können. So wäre es möglich gewesen, die Genese psychischer Auffälligkeiten näher zu erforschen. Ein solches Design war jedoch aufgrund der Laufzeit des Projektes und seiner eingeschränkten finanziellen Mittel nicht leistbar.

Des Weiteren konnte das Design der vorliegenden Studie durch die Beschaffenheit der Stichproben nicht experimentell gestaltet werden. Daher können keine kausalen Aussagen getroffen werden und es ist nicht auszuschließen, dass die gefundenen Effekte auch entgegengesetzt sein können; d.h. beispielsweise, dass eine psychische Symptombelastung bestimmte dysfunktionale Denkmuster oder eine negative Eltern-Kind-Beziehung begünstigt und nicht, wie hier postuliert, umgekehrt. Außerdem können durch den nicht-experimentellen Kontext, wie oben bereits erwähnt, weitere Faktoren eine besondere Bedeutung für die Entwicklung psychischer Störungsbilder besitzen. Dennoch liegt es in der Natur der Stichproben, dass es nicht möglich ist, die Kinder und Jugendlichen in randomisierter Weise in eine der beiden Gruppen (UG oder KG) zuzuteilen.

Die Gewinnung der Untersuchungsteilnehmer für die UG erwies als sehr herausfordernd. Durch diese Rekrutierungsschwierigkeiten wurde leider eine relativ geringe Anzahl an Teilnehmern für die UG gewonnen, was in einer relativ kleinen Stichprobengröße für die UG resultierte. Diese Erfahrung deckt sich mit Einsichten aus früheren Studien mit Kindern aus suchtbelasteten Familien (Klein et al., 2003; Velleman & Reuber, 2007). Es ist grundsätzlich schwierig, betroffene Familien zu erreichen, da sich diese einerseits nach außen hin häufig nicht als belastete Familie zu erkennen geben und andererseits auch nicht immer bereit sind, im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie über das sensible und oftmals tabuisierte Thema der elterlichen Sucht zu berichten. Ferner waren die Rekrutierungsarbeiten sehr zeitaufwändig (s. 5.4.1), so dass es in der vorliegenden Untersuchung nicht gelang, einen größeren Stichprobenumfang zu erzielen.

In der hier beschriebenen Untersuchung liegt ein Selektionsbias vor. Da in bisherigen Studien die Definition und Erfassung des elterlichen Alkoholproblems sehr unterschiedlich und teilweise auch sehr liberal gehandhabt wurden, wurde bei der Planung der vorliegenden Studie determiniert, dass nur Kinder und Jugendliche von behandelten Eltern in die

Untersuchung einbezogen werden. So konnte sichergestellt werden, dass bei den Eltern tatsächlich ein diagnostiziertes Alkoholproblem vorhanden war. Diese Selektion hatte außerdem den Effekt, dass die herausfordernde Rekrutierungsarbeit durch die ständige Präsenz der Patientinnen und Patienten in den kooperierenden Einrichtungen ein Stückweit vereinfacht wurde. Nachteilig an dieser Stichprobenselektion ist jedoch, dass Kinder und Jugendliche von unbehandelten Eltern mit Alkoholproblemen, die nicht in Kontakt mit dem Suchthilfesystem standen, gänzlich aus der Studie ausgeschlossen wurden. Dies führt insofern zu einer Verzerrung der gefundenen Ergebnisse, als dass Kinder von unbehandelten Eltern oftmals noch größeren Entwicklungsrisiken ausgesetzt sind als Kinder von behandelten Eltern, beispielsweise durch eine erhöhte Tabuisierung des Problems und mangelnde Einsicht des Elternteils in die Konsequenzen seiner Suchterkrankung für die anderen Familienmitglieder. Daher ist es möglich, dass die gefundenen Ergebnisse in eine falsch positive Richtung ausgefallen sind. Die hier befundenen Resultate können somit nur auf Kinder von behandelten Eltern mit Alkoholproblemen generalisiert werden.

Es war grundsätzlich schwierig, Multiproblemfamilien mit schlechten familiären Verhältnissen, wie sie oftmals auch in Familien mit behandelten Eltern zu finden sind, zu erreichen. Aus den erhobenen Daten und auch aus persönlichen und telefonischen Gesprächen mit den Patientinnen und Patienten kristallisierte sich heraus, dass die meisten befragten Kinder und Jugendlichen aus der UG häufig aus vergleichsweise stabilen und intakten Familien stammen, in denen ein recht gutes Verhältnis zwischen Eltern und Kind besteht. Meistens waren die teilnehmenden Eltern auch hoch motiviert, ihr Alkoholproblem in den Griff zu bekommen, auch zugunsten ihrer Kinder. Das Wohl ihrer Kinder war ihnen sehr wichtig, daher konnten sie rasch vom ideellen Wert der Studie überzeugt werden. Alkoholbelastete Familien mit vielen Problemlagen konnten in der Studie scheinbar nicht oder nur schwer zu erreicht werden, da der Aufwand für die Familien, an unserer Studie teilzunehmen, vergleichsweise hoch war (s. 5.4.1) und somit eine hohe Motivation erfordert wurde. Problematische Familien haben wahrscheinlich jedoch eine eher geringe Motivation, da sie ihre mit der Suchterkrankung verbundenen Probleme oft tabuisieren, vor allem vor ihren Kindern, und fürchten, dass durch eine Befragung ihrer Kinder unangenehme „Familienangelegenheiten“ aufgedeckt werden könnten. Ferner fiel die Inzentivierung für die teilnehmenden Familien eher gering aus, so dass auch kein monetärer Anreiz in einer Teilnahme an der Untersuchung lag. Der Einbezug fast ausschließlich hoch motivierter Familien, die den ideellen Charakter der Studie schätzten, bestätigt die Annahme, dass die gefundenen Ergebnisse womöglich in eine falsch positive Richtung tendieren.

Innerhalb des Untersuchungsablaufs der Studie war es darüber hinaus nicht machbar, bei den teilnehmenden Kindern und Jugendlichen eine fetale Alkoholspektrums-Störung (FASD) auszuschließen. Eine direkte Befragung der Kinder und Eltern bezüglich dieses Problems hätte eventuell unzuverlässige Ergebnisse erbracht und eine Befragung von Fachkräften war aus Zeit- und Kostengründen nicht möglich. So kann es sein, dass einige der befragten Kinder und Jugendlichen an FASD leiden, ohne dass dies dem Projektteam des DISuP bekannt gemacht wurde. Problematisch an diesem Störungsbild ist, dass seine Diagnostik sehr komplex ist und es daher oft mit einer Störung des Sozialverhaltens mit Aufmerksamkeitsdefiziten verwechselt wird. Kinder und Jugendliche mit einer derartigen Störung hätten idealerweise aus der Untersuchung ausgeschlossen werden müssen, da sie die Ergebnisse zu psychischer Symptombelastung verzerren können. Allerdings ist das Risiko, dass einige der befragten Kindern und Jugendlichen an FASD leiden, relativ gering. Nur etwa die Hälfte der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen hat eine Mutter mit Alkoholproblemen. Darüber hinaus bestehen die Alkoholprobleme der Mutter aus Sicht der Kinder im Durchschnitt nur 3,64 Jahre ($SD = 3.15$; Range: 0-14 Jahre), so dass sich das Suchtproblem wahrscheinlich erst nach der Geburt der Kinder entwickelte. Dennoch können auch ohne das Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit größere Mengen von Alkohol während der Schwangerschaft konsumiert worden sein. Daher bleibt insgesamt ein gewisses Restrisiko, Kinder und Jugendliche mit FASD in der Studie befragt zu haben.

7.5 Fazit für die Praxis und weitere Forschungsvorhaben

Für die künftige praktische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien, die auf die Prävention psychischer Störungen abzielt, sei angeraten, dass ein Augenmerk auf sowohl die generelle psychische Belastung als auch auf internalisierende Symptome wie „Emotionale Probleme“ und externalisierende Auffälligkeiten wie „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ gerichtet wird. Hierbei sollte die Bearbeitung kognitiver Faktoren integriert werden. Dies bezieht sich insbesondere auf eine Verringerung bestimmter emotionsfokussierter Copingstrategien sowie auf die Stärkung von Selbstwirksamkeitserwartungen und positiven Gedanken in Bezug auf Selbstvertrauen und Wohlbefinden. Des Weiteren sollten auch die Umstrukturierung dysfunktionaler Schemata und die Kontrolle negativer automatischer Gedanken im Vordergrund stehen. Darüber hinaus empfiehlt es sich, in derartigen Präventionsprogrammen auch Aspekte der Eltern-Kind-Beziehung insofern zu bearbeiten, als dass das Verhältnis zwischen Eltern und Kind

verbessert wird. Ideal wäre es, wenn sowohl die Kinder als auch die Eltern in diese Programme einbezogen würden, so dass die verschiedenen, oft divergierenden Sichtweisen thematisiert und beachtet werden können.

Die Ergebnislage der vorliegenden Arbeit zeigt jedoch auch, dass sich diese Empfehlungen nicht ausschließlich an die selektive Präventionsarbeit mit Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien richten. Da sich die beiden Gruppen UG und KG in Hinblick auf kognitive Muster häufig nicht unterscheiden und es in beiden Gruppen Zusammenhänge zwischen kognitiven bzw. familiären Faktoren und der psychischen Symptombelastung gibt, können diese Faktoren auch in der universellen Präventionsarbeit mit unbelasteten Kindern eingesetzt werden, wenn diese auf die Prävention psychischer Störungsbilder abzielt.

Um die selektive Präventionsarbeit mit Kindern und Jugendlichen alkoholabhängiger Eltern langfristig weiter auszubauen, ist es notwendig, die Forschungsarbeit auf dem Gebiet „Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien“ zu optimieren. Künftige Studien sollten unbedingt weitere potentielle Risiko- und Schutzfaktoren erheben, um genau zu erkennen, welchen Variablen welche Bedeutung in der Entstehung psychischer Auffälligkeiten zukommt. Dies bezieht sich auf die Integration detaillierter soziodemographischer Variablen, stichhaltiger Fakten zur Dauer der Exposition an das elterliche Suchtproblem, Angaben zu wichtigen Bezugspersonen sowie Resilienzfaktoren innerhalb der Persönlichkeit und im Temperament des Kindes. Des Weiteren ist es wichtig, im Vorfeld eine FASD bei den zu befragenden Untersuchungsteilnehmern auszuschließen. Um zu einigen dieser Variablen umfassende und verlässliche Angaben zu erhalten und um auch mehrere verschiedene Sichtweisen miteinander zu vergleichen, wäre es ideal, auch die Eltern in die Studien einzubeziehen. Vorzugsweise und sofern möglich, werden beide Elternteile hierzu befragt, um die Blickwinkel der vollständigen familialen Triade zu berücksichtigen. Um zu einem umfassenden Gesamtbild über alkoholbelastete Familien zu gelangen, müssen auch Familien mit unbehandelten Eltern mit Alkoholproblemen einbezogen werden.

Es sei in diesem Sinne aber darauf hingewiesen, dass ein solches Forschungsvorhaben aufgrund seiner Komplexität hinsichtlich des Einbezuges einer Vielzahl von Variablen und Untersuchungsteilnehmern recht zeit- und kostenintensiv würde. Daher bedarf es im Vorfeld einer solchen Aktivität einer sorgfältigen Planung des Designs der Studie. Es ist abzuwägen, ob eine postalische Fragebogenuntersuchung den Anforderungen des Vorhabens gerecht

würde oder ob alternative Methoden wie face-to-face-Interviews angeraten sind. In jedem Fall muss eine ausreichende Inzentivierung eingerechnet werden, damit die zu befragenden Familien motiviert sind, an der Untersuchung teilzunehmen. Für das Budget künftiger Forschungsvorhaben ist auch die Planung ausreichender Personalkosten von Belang: die Rekrutierungsarbeit wird herausfordernd und oft wird ein sensibles Vorgehen im bilateralen Kontakt mit alkoholabhängigen Personen von Nöten sein. Um möglichst viele Untersuchungsteilnehmer zu befragen, sollte sich das Forschungsvorhaben über mehrere Jahre erstrecken. Hierbei empfiehlt sich insbesondere eine prospektive Längsschnittstudie, in der die Familien über mehrere Jahre hinweg beobachtet werden. Nur so kann die Ätiologie psychischer Erkrankungen genau erforscht werden.

LITERATURVERZEICHNIS

- Alford, G.S., Jouriles, E.N. & Jackson, S.C. (1991). Differences and similarities in the development of drinking behaviours between alcoholic offspring of alcoholics and alcoholic offspring of non-alcoholics. *Addictive Behaviours*, 16, 341-347.
- Amodeo, M., Griffin, M.L., Fassler, I., Clay, C. & Ellis, M.A. (2007). Coping with Stressful Events: Influence of Parental Alcoholism and Race in a Community Sample of Women. *Health & Social Work*, 32 (4), 247-257.
- Anda, R.F., Whitfield, C.L., Felitti, V.J., Chapman, D., Edwards, V.J., Dube, S.R. et al. (2002). Adverse Childhood Experiences, Alcoholic Parents, and Later Risk of Alcoholism and Depression. *Psychiatric Services*, 53 (8), 1001-1009.
- Andreas, J.B., Fals-Stewart, W. & O'Farrell, T. (2006). Does Individual Treatment for Alcoholic Father Benefit Their Children? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (1), 191-198.
- Andreas, J.B. & O'Farrell, T.J. (2007). Longitudinal Associations Between Father's Heavy Drinking Patterns and Children's Psychosocial Adjustment. *Journal of Abnormal Psychology*, 35, 1-16.
- Arenz-Greiving, I. (2009, März). *Kinder suchtkranker Eltern zwischen den Hilfesystemen*. Vortrag auf der Fachtagung Jugend Sucht Hilfe, Siegen.
- Aronson, E., Wilson, T.D. & Akert, R. (2004). *Sozialpsychologie* (4. aktual. Aufl.). München: Pearson.
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K. et al. (2005). *Alkohol – Kein gewöhnliches Konsumgut. Forschung und Alkoholpolitik*. Göttingen: Hogrefe.
- Babor, T.F., de la Fuente, J.R., Saunders, J. & Grant, M. (1989). *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care*. Genf: WHO.
- Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. & Monteiro, M.G. (2001). *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care* (2nd ed.). Genf: WHO.
- Baltruschat, N., Geissner, E. & Klein, M. (2005). Elterlicher Alkoholmissbrauch. Risikofaktor für eine Essstörung der Töchter. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 13 (2), 58-62.

- Baltruschat, N., Geissner, E. & Klein, M. (2007). Deutsche Version des Children of Alcoholics Screening Test (CAST) – Befunde bei Patientinnen mit Magersucht und Bulimie. *Suchttherapie*, 8, 74-81.
- Bancroft, A., Wilson, S., Cunningham-Burley, S., Backett-Milburn, K. & Masters, H. (2004). *Parental drug and alcohol misuse. Resilience and transition among young people*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Banks, M.H., Clegg, G.W., Jackson, P.R., Kemp, N.J., Stafford, E.M. & Wall, T.W. (1980). The use of the General Health Questionnaire as an indicator of health in occupational studies. *Journal of Occupational Psychology*, 53 (3), 187-194.
- Barber, J.G. & Gilbertson, R. (1999). The Drinker's Children. *Substance Use & Misuse*, 34 (3), 383-402.
- Barnow, S., Lucht, M., Fischer, W. & Freyberger, H.-J. (2001). Trinkverhalten und psychosoziale Belastungen bei Kindern alkoholkranker Eltern (CoAs). *Suchttherapie*, 2, 137-142.
- Barnow, S., Lucht, M. & Freyberger, H.-J. (2002). Alkoholprobleme im Jugendalter unter Berücksichtigung der Hochrisikogruppe Kinder alkoholkranker Eltern. *Der Nervenarzt*, 73, 671-679.
- Barnow, S., Lucht, M., Hamm, A., John, U. & Freyberger, H.-J. (2004). The Relation of a Family History of Alcoholism, Obstetric Complications and Family Environment to Behavioural Problems among 154 Adolescents in Germany: Results from the Children of Alcoholics Study in Pomerania. *European Addiction Research*, 10, 8-14.
- Barnow, S., Schuckit, M.A., Lucht, M., John, U. & Freyberger, H.-J. (2002). The Importance of a Positive Family History of Alcoholism, Parental Rejection and Emotional Warmth, Behavioural Problems and Peer Substance Use for Alcohol Problems in Teenagers: A Path Analysis. *Journal of Studies on Alcohol*, 63, 305-315.
- Barnow, S., Schuckit, M., Smith, T.-L., Preuss, U., & Danko, G. (2002). The relationship between the family density of alcoholism and externalizing symptoms among 146 children. *Alcohol and Alcoholism*, 37 (4), 383-387.

- Barnow, S., Schuckit, M., Smith, T., Spitzer, C., & Freyberger, H.-J. (2007). Attention Problems among Children with a Positive Family History of Alcohol Abuse or Dependence and Controls. Prevalence and Course for the Period from Preteen to Early Teen Years. *European Addiction Research*, 13 (1), 1-5.
- Barnow, S., Stopsack, M., Spitzer, C. & Freyberger, H.-J. (2007). Korrelate von Alkoholwirkungserwartungen im Jugendalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36 (1), 1-10.
- Barnow, S., Ulrich, I., Grabe, H.-J., Freyberger, H.J. & Spitzer, C. (2007). The Influence of Parental Drinking Behaviour and Antisocial Personality Disorder on Adolescent Behavioural Problems: Results of the Greifswalder Family Study. *Alcohol & Alcoholism*, 42 (6), 623-628.
- Beck, A.T. & Clark, D.A. (1988). Anxiety and Depression: An Information Processing Perspective. *Anxiety Research*, 1, 23-36.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1999). *Kognitive Therapie der Depression*. Weinheim: Beltz.
- Bender, D. & Lösel, F. (1998). Protektive Faktoren der psychisch gesunden Entwicklung junger Menschen: Ein Beitrag zur Kontroverse um saluto- und pathogenetische Ansätze. In: J. Margraf, J. Siegrist & S. Neumer (Hrsg.). *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- vs. pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen* (S. 117-145). Berlin: Springer.
- Bettge, S., Ravens-Sieberer, U., Wietzker, A. & Hölling, H. (2002). Ein Methodenvergleich der Child Behaviour Checklist und des Strengths and Difficulties Questionnaire. *Gesundheitswesen*, 64 (Sonderheft 1), 119 - 124.
- Black, C. (1988). *Mir kann das nicht passieren: Kinder von Alkoholikern als Kinder, Jugendliche und Erwachsene*. Wildberg: Bögner-Kaufmann.
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler* (5. Auflage). Berlin: Springer.
- Brooks, R.B. (2006). The Power of Parenting. In S. Goldstein & R.B. Brooks (Eds.). *Handbook of Resilience in Children* (S. 297-314). New York: Springer.
- Brown, S.A., Tate, S.R., Vik, P.W., Haas, A.L. & Aarons, G.A. (1999). Modelling of Alcohol Use Mediates the Effect of Family History of Alcoholism in Adolescent Alcohol Expectancies. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 7, 20-27.

- Bühringer, G., Augustin, R., Bergmann, E., Bloomfield, K., Funk, W., Junge, B. et al. (2000). *Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland* (Schriftenreihe des Ministeriums für Gesundheit, Bd. 128). Baden-Baden: Nomos.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2007). *Alkoholkonsum der Jugendlichen in Deutschland 2004-2007*. Ergebnisse der Repräsentativbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung - Kurzbericht. Köln: BZgA.
- Burger, M., Brönstrup, A. & Pietrzik, K. (2000). *Alkoholkonsum und Krankheiten* (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 134). Baden-Baden: Nomos.
- Casas-Gil, M.J. & Navarro-Guzman, J.I. (2002). School Characteristics among Children of Alcoholic Parents. *Psychological Reports*, 90, 341-348.
- Cermak, T. (1986). *Diagnosing and treating co-dependence*. Minneapolis: Johnson Institute Books.
- Chassin, L., Pitts, S.C., DeLucia, C. & Todd, M. (1999). A Longitudinal Study of Children of Alcoholics: Predicting Young Adult Substance Use Disorders, Anxiety, and Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 108 (1), 106-119.
- Chassin, L., Rogosch, F. & Barrera, M. (1991). Substance use and symptomatology among adolescent children of alcoholics. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 449-463.
- Christensen, H. & Bilenberg, N. (2000). Behavioral and emotional problems in children of alcoholic mothers and fathers. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9 (3), 219-226.
- Clair, D. & Genest, M. (1987). Variables associated with the adjustment of offspring of alcoholic fathers. *Journal of Studies on Alcohol*, 48, 345-355.
- Clark, D.B., Parker, A.M. & Lynch, K.G. (1999). Psychopathology and substance-related problems during early adolescence: a survival analysis. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 333-341.
- Cork, M.R. (1969). *The Forgotten Children: A Study of Children with Alcoholic Parents*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Corte, C. & Zucker, R.A. (2008). Self-concept disturbances: Cognitive vulnerability for early drinking and early drunkenness in adolescents at high risk for alcohol problems. *Addictive Behaviours*, 33, 1282-1290.

- Cotton, N. (1979). The Familial Incidence of Alcoholism. A Review. *Journal of Studies on Alcohol*, 40 (1), 89-116.
- Cuijpers, P., Langendoen, Y. & Bijl, R. van (1999). Psychiatric disorders in adult children of problem drinkers: prevalence, first onset and comparison with other risk factors. *Addiction*, 9 (10), 1489-1498.
- Davison, G.C. & Neale, J.M. (2002). *Klinische Psychologie* (6. Aufl.; Hrsg. der Deutschen Auflage: M. Hautzinger). Weinheim: BeltzPVU.
- DeLucia, C., Belz, A., Chassin, L. (2001). Do Adolescent Symptomatology and Family Environment Vary Over Time With Fluctuations in Paternal Alcohol Impairment? *Developmental Psychology*, 37 (2), 207-216.
- Diaz, R., Gual, A., García, M., Arnau, J., Pascual, F., Cañuelo, B. et al. (2008). Children of alcoholics in Spain: from risk to pathology. Results from the ALFIL program. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 1-10.
- Dilling, H., Mambour, W. & Schmidt, M.H. (2004). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (10. Aufl.). Bern: Huber.
- Dlugosch, G.E. & Krieger, W. (1995). *Handanweisung. Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (FEG)*. Frankfurt a.M.: Swets Tests Services.
- Dobkin, P.L., Tremblay, R.E., Desmarais-Gervais, L. & Dépelteau, L. (1994). Is having an alcoholic father hazardous for children's physical health? *Addiction*, 89, 1619-1628.
- Döpfner, M., Melchers, P., Fegert, J., Lehmkuhl, G., Lehmkuhl, U., Schmeck, K. et al. (1994). Deutschsprachige Konsensus-Versionen der Child Behaviour Checklist (CBCL 4-18), der Teacher Report Form (TRF) und der Youth Self Report Form. *Kindheit und Entwicklung*, 3, 54-59.
- Döpfner, M., Plück, J., Bölte, S., Lenz, K., Melchers, P. & Heim, K. (1998). *Fragebogen für Jugendliche. Deutsche Bearbeitung des Youth Self-Report der Child Behaviour Checklist. Einführung und Anleitung zur Handauswertung* (2. Aufl. mit deutschen Normen). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.
- Drozd, L.M. & Dalenberg, C.J. (1994). The Self as Mediator in the Psychopathology of Female Children of Alcoholics. *The International Journal of the Addictions*, 29 (14), 1787-1800.

- Drucker, P.M. & Greco-Vigorito, C. (2002). An Exploratory Factor Analysis of Children's Depression Inventory Scores in Young Children of Substance Abusers. *Psychological Reports, 91*, 131-141.
- Duncan, A.E., Scherrer, J., Fu, Q., Keenan Buchholz, K., Heath, A.C., True, W.R. et al. (2006). Exposure to Paternal Alcoholism Does Not Predict Development of Alcohol-Use Disorders in Offspring. *Journal of Studies on Alcohol, 67* (5), 649-656.
- Dundas, I. (2000). Cognitive/Affective Distancing as a Coping Strategy of Children of Parents with a Drinking Problem. *Alcoholism Treatment Quarterly, 18* (4), 85-98.
- Edwards, E.P., Eiden, R.D. & Leonard, K.E. (2006). Behaviour problems in 18- to 36-month-old children of alcoholic fathers: Secure mother-infant attachment as a protective factor. *Development and Psychopathology, 18*, 395-407.
- Edwards, E.P., Leonard, K.E. & Eiden, R.D. (2001). Temperament and Behavioural Problems Among Infants in Alcoholic Families. *Infant Mental Health Journal, 22* (3), 374-392.
- Eigen, L. & Rowden, D.A. (1995). Methodology and current estimate of the number of children of alcoholics in the United States. In S. Abbott (Ed.), *Children of Alcoholics: Selected Readings* (S. 1-21). Rockville: National Association of Children of Alcoholics (NACOA).
- Ellis, D.A., Zucker, R.A. & Fitzgerald, H.E. (1997). The Role of Family Influences in Development and Risk. *Alcohol Health & Research World, 21* (3), 218-226.
- Emshoff, J.G. & Price, A.W. (1999). Prevention and Intervention Strategies With Children of Alcoholics. *Pediatrics, 103* (5), 1112-1121.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2008). *Drugs and Vulnerable Groups of Young People. Selected Issue 2008*. Lissabon: EMCCDA.
- Fitzgerald, H.E., Puttler, L.I., Refior, S. & Zucker, R.A. (2007). Family Response to Children and Alcohol. *Alcoholism Treatment Quarterly, 25*, 11-26.
- Fleming, M.F., Barry, K.L. & MacDonald, R. (1991). The alcohol use disorder identification test (AUDIT) in a college sample. *International Journal of the Addictions, 26*, 1173-1185.
- Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe (Hrsg.) (2007). *Kindern von Suchtkranken Halt geben. Fakten, Risiken, Hilfen*. Kassel: Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe Bundesverband e.V.

- Furtado, E.F., Laucht, M. & Schmidt, M.H. (2002). Psychische Auffälligkeiten von Kindern alkoholkranker Eltern. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 30 (4), 241-250.
- Gilder, D.A., Wall, T.L., & Ehlers, C.L. (2002). Psychiatric Diagnoses among Mission Indian Children with and without a Parental History of Alcohol Dependence. *Journal of Studies on Alcohol*, 63 (1), 18-23.
- Glowinski, A.L., Theodore, J., Buchholz, K.K., Scherrer, J.F., True, W. & Heath, A.C. (2004). Paternal alcohol dependence and offspring suicidal behaviours in children-of-twins study. *Drug and Alcohol Dependence*, 76 (1), 69-77.
- Goldberg, D. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire. A technique for identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness*. Maudsley Monographs 21. Oxford: University Press.
- Goldberg, D. (1978). *Manual of the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER.
- Goldberg, D., Gater, R., Sartorisu, N., Ustun, T.B., Piccinelli, M., Gureje, O. & Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine*, 27 (1), 191-197.
- Goldman, M.S.G., Del Boca, F.K. & Darkes, J. (1999). Alcohol expectancy theory: The application of cognitive neuroscience. In H.T. Blane & K.E. Leonard (Eds.), *Psychological theories of drinking and alcoholism* (2nd ed.), (S. 203-246). New York: Guildford Press.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (1998). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 125-130.
- Goodman, R. & Scott, S. (1999). Comparing the Strength and Difficulties Questionnaire and the Child Behaviour Checklist: Is small beautiful? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 17-24.
- Grant, B.F. (2000). Estimates of U.S. children exposed to alcohol abuse and dependence in the family. *American Journal of Public Health*, 90, 112-115.

- Haggerty, R.J., Sherrod, L.R., Garmezy, N. & Rutter, M. (1994) (Eds). *Stress, risk, and resilience in children and adolescents. Processes, mechanisms, and interventions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hall, J.C. (2007). An Exploratory Study of Differences in Self-Esteem, Kinship Social Support, and Coping Responses Among African American ACOAs and Non-ACOAs. *Journal of American College Health*, 56 (1), 49-54.
- Hart, K.E., Fiessel, D.L. & McAleer (2003). Do Adult Offspring of Alcoholics Suffer from Poor Medical Health? A Three-Group Comparison Controlling for Self-Report Bias. *Canadian Journal of Nursing Research*, 35 (1), 52-72.
- Harter, S.L. (2000). Psychosocial Adjustment of Adult Children of Alcoholics: A Review of Recent Empirical Literature. *Clinical Psychology Review*, 20 (3), 311-337.
- Havey, J.M. & Dodd, D.K. (1995). Classifying COAs with Three Variations of the CAST: Classification Rates, Stability, and Gender Differences. *Addictive Behaviours*, 20 (4), 501-507.
- Hays, R.D., Merz, J.F. & Nicholas, R. (1995). Response burden, reliability, and validity of the CAGE, Short MAST and AUDIT alcohol screening measures. *Behavioural Research Measures, Instruments and Computers*, 27, 277-280.
- Heinrichs, N., Saßmann, H., Hahlweg, K. & Perrez, M. (2002). Prävention kindlicher Verhaltensstörungen. *Psychologische Rundschau*, 53 (4), 170-183.
- Hill, S.Y., Shen, S., Lowers, L., Locke-Wellman, J., Matthews, A.G. & McDermott, M. (2008). Psychopathology in offspring from multiplex alcohol dependence families with and without parental alcohol dependence: A prospective study during childhood and adolescence. *Psychiatry Research*, 160, 155-166.
- Hodgins, D.C. & Shimp, L. (1995). Identifying adult children of alcoholics: Methodological review and a comparison of the CAST-6 with other methods. *Addiction*, 90, 255-267.
- Hoff, T. & Klein, M. (2005). Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Kindern aus suchtbelasteten Familien. In C. Rohleder & B. Hasenjürgen (Hrsg.), *Geschlecht im sozialen Kontext. Perspektiven für die soziale Arbeit* (Schriften der Katholischen Fachhochschule NW (KFH NW), Band 1.). Opladen: Budrich.

- Huffziger, S., Meyer, T.D., Seemann, S., Horn, A.B., Groen, G. & Pössel, P. (2008). Evaluation eines deutschsprachigen Instrumentes zur Erfassung positiver und negativer automatischer Gedanken bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 37 (4), 255-262.
- Hussong, A.M., Bauer, D.J. & Chassin, L. (2008). Telescoped Trajectories from Alcohol Initiation to Disorder in Children of Alcoholics. *Journal of Abnormal Psychology*, 117 (1), 63-78.
- Hussong, A.M., Bauer, D.J., Huang, W., Chassin, L., Sher, K.J. & Zucker, R.A. (2008). Characterizing the Life Stressors of Children of Alcoholic Parents. *Journal of Family Psychology*, 22 (6), 819-832.
- Hussong, A.M., Cai, L., Curran, P.J., Flora, D.B., Chassin, L.A. & Zucker, R.A. (2008). Disaggregating the Distal, Proximal, and Time-Varying Effects of Parent Alcoholism on Children's Internalizing Symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 36, 335-346.
- Hussong, A.M. & Chassin, L. (2002). Parent alcoholism and the leaving home transition. *Development and Psychopathology*, 14, 139-157.
- Hussong, A.M., Flora, D.B., Curran, P.J., Chassin, L.A. & Zucker, R.A. (2008). Defining risk heterogeneity for internalizing symptoms among children of alcoholic parents. *Development and Psychopathology*, 20, 165-193.
- Jansen, R.E., Fitzgerald, H.E., Ham, H.P. & Zucker, R.A. (1995). Pathways into Risk: Temperament and Behaviour Problems in Three- to Five-Year-Old Sons of Alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 19 (2), 501-509.
- Jester, J.M., Jacobson, S.W., Sokol, R.J., Tuttle, B.S. & Jacobson, J.L. (2000). The Influence of Maternal Drinking and Drug Use on the Quality of the Home Environment of School-Aged Children. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24 (8), 1187-1197.
- Johnson, J.L. & Leff, M. (1999). Children of Substance Abusers: Overview of Research Findings. *Pediatrics*, 103, 1085-1099.
- Johnson, J.L., Rolf, J.E., Tiegel, S. & McDuff, D. (1996). Developmental Assessment of Children of Alcoholics. In S. Abbott (Ed.), *Children of Alcoholics: Selected Readings*, Vol. II (S. 265-287). Rockville: National Association of Children of Alcoholics (NACOA).

- Jones, J.W. (1982). *Children of Alcoholics Screening Test – CAST*. New York: Family Recovery Press.
- Kagan, J. (1984). *The Nature of the Child*. New York: Basic Books.
- Kalat, J.W. (1998). *Biological Psychology* (6th ed.). Pacific Grove: Brooks/Cole.
- Kendall, P.C., Howard, B.L. & Hays, R.C. (1989). Self-Referent Speech and Psychopathology: The Balance of Positive and Negative Thinking. *Cognitive Therapy and Research*, 13 (6), 583-598.
- King, K.M. & Chassin, L. (2008). Adolescent Stressors, Psychopathology, and Young Adult Substance Dependence: A Prospective Study. *Journal of Studies on Alcohol*, 69 (5), 629-638.
- Klasen, H., Woerner, W., Wolke, D., Meyer, R., Overmeyer, S., Kaschnitz, W. et al. (2000). Comparing the German versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) and the Child Behaviour Checklist. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9, 271-276.
- Klein, M. (2005a). *Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien. Stand der Forschung, Situations- und Merkmalanalyse, Konsequenzen*. In M. Klein, T. Hoff & A. Pauly (Hrsg.), *Schriftenreihe Angewandte Suchtforschung* (Band 1). Regensburg: Roderer.
- Klein (2005b). *Evaluation der Modellprojekte "Hilfen für Kinder aus suchtblasteten Familien" im Rahmen des Landesprogramms gegen Sucht NRW (2001-2005)*. Abschlussbericht im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen, Köln.
- Klein, M. (2005c). Kinder aus suchtblasteten Familien. In R. Thomasius & U.J. Küstner (Hrsg.), *Familie und Sucht. Grundlagen, Therapiepraxis, Prävention* (S. 52-60). Stuttgart: Schattauer.
- Klein, M. (2007). Kinder suchtkranker Eltern. Fakten, Risiken, Lösungen. *Prävention extra*, 2, 1-7.
- Klein, M. (2008). Kinder aus alkoholbelasteten Familien. In M. Klein (Hrsg.), *Kinder und Suchtgefahren* (S. 114-127). Stuttgart: Schattauer.

- Klein, M., Ferrari, T. & Kürschner, K. (2003). *Kinder (un)behandelter suchtkranker Eltern: Eine Situationsanalyse und mögliche Hilfen*. Projektbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin. Zugriff am 15.03.2008. Verfügbar unter http://www.encare.de/content/documents/Abschlussbericht_KinderUnbehandelterSuchtkranker_KLEIN.pdf.
- Klein, M. & Quinten, C. (2002). Zur Langzeitbehandlung von Kindern stationär behandelte alkoholabhängiger Eltern. *Suchttherapie*, 3, 233-240.
- Klein, M. & Zobel, M. (1999). Kinder in suchbelasteten Familien – Psychologische Suchtforschung unter transgenerationaler und ätiologischer Perspektive. In Fachverband Sucht (Hrsg.), *Suchtbehandlung, Entscheidungen und Notwendigkeiten* (S. 244-257). Geesthacht: Neuland.
- Klöber, G.M. & Weimer-Ludwig, B. (2008). Kinder und Jugendliche mit familiären Alkohol-Suchterfahrungen in der stationären Jugendliche. *Evangelische Jugendhilfe*, 5, 280-287.
- Kreeft, P. van der (2008). *Verslaafde ouders en hun jonge kind. Hulp-Preventie-Veerkracht*. Gent: De Sleutel.
- Kreppner, K. & Spiel, C. (1992). Testtheoretische Analyse des Family Assessment Measurement (FAM) – Test – Vorschläge für eine Revision. *Diagnostica*, 38 (1), 66-76.
- Kumpfer, K.L. (1999). Factors and processes contributing to resilience: the resilience framework. In M.D. Glantz & J.L. Johnson (Hrsg.), *Resilience and development: positive life adaptations* (pp. 179-224). New York: Kluwer Academic Plenum Publisher.
- Kumpfer, K.L. & J.F. Summerhays (2006). Prevention Approaches to Enhance Resilience in High-Risk Youth. Comments on the Papers of Dishion & Connell and Greenberg. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 151-163.
- Lachner, G. & Wittchen, H.-U. (1997). Familiär übertragene Vulnerabilitätsmerkmale für Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit. In H. Watzl & B. Rockstroh (Hrsg.), *Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen* (S.43-89). Göttingen: Hogrefe.
- Lambrou, U. (1990). *Familienkrankheit Alkoholismus – Im Sog der Abhängigkeit*. Hamburg: Rowohlt.

- Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M.H. (1997). Wovor schützen Schutzfaktoren? Anmerkungen zu einem populären Konzept der modernen Gesundheitsforschung. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 29, 260-270.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lee, H.H. & Cranford, J.A. (2008). Does resilience moderate the associations between parental problem drinking and adolescents' internalizing and externalizing behaviours? A study of Korean adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 96, 213-221.
- Legnaro, A. (2000). Rausch und Sucht in der Kulturgeschichte Europas. In: A. Uchtenhagen & W. Zieglgänsberger (Hrsg.), *Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management* (S. 9-21). München: Urban & Fischer.
- Leigh, B.C.L. & Stacy, A.W. (1993). Alcohol Outcome Expectancies: Scale Construction and Predictive Utility in Higher Order Confirmatory Models. *Psychological Assessment*, 5 (2), 216-229.
- Lieb, R., Merikangas, K.R., Höfler, M., Pfister, H., Isensee, B. & Wittchen, H.-U. (2002). Parental alcohol use disorders and alcohol use and disorders in offspring: a community study. *Psychological Medicine*, 32, 63-78.
- Lieberman, D.Z. (2000). Children of alcoholics: an update. *Current Opinion in Pediatrics*, 12 (4), 336-340.
- Lindemann, F. (2008). *Alle Kinder haben ein Recht auf weisse Weihnacht*. Zugriff am 29.04.2009 unter <http://www.weisse-weihnacht.info/index.php?s=start&s2=inhalt>.
- Linden, M., Maier, W., Achberger, M., Herr, R., Helmchen, H. & Benkert, O. (1996) Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinarztpraxen in Deutschland. *Der Nervenarzt*, 67, 205-215.
- Lindenmeyer, J. (2005). *Alkoholabhängigkeit* (2. überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Lösel, F. & Bender, D. (2008). Von generellen Schutzfaktoren zu spezifischen protektiven Prozessen: Konzeptuelle Grundlagen und Ergebnisse der Resilienzforschung. In G. Opp & M. Fingerle, *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (S. 57-78). München: Verlag Ernst Reinhardt.

- Loukas, A., Zucker, R.A., Fitzgerald, H.E. & Krull, J.L. (2003). Developmental Trajectories of Disruptive Behaviour Problems Among Sons of Alcoholics: Effects of Parent Psychopathology, Family Conflict, and Child Undercontrol. *Journal of Abnormal Psychology, 112* (1), 119-131.
- MacPherson, P.S.R., Stewart, S.H. & McWilliams, L.A. (2001). Parental problem drinking and anxiety disorder symptoms in adult offspring. Examining the mediating role of anxiety sensitivity components. *Addictive Behaviours, 26*, 917-934.
- Markowitz, P. & Craig, R.J (1992). Conscious and Unconscious Perceptions of Self in Children of Alcoholics. *The International Journal of the Addictions, 27* (10), 1187-1196.
- Markowitz, R. (2004). Dynamics and Treatment Issues with Children of Drug and Alcohol Abusers. In S.L.A. Straussner (Ed.), *Clinical Work with Substance-Abusing Clients* (2nd ed.) (pp. 284-302). New York: Guildford.
- Marmorstein, N.R., Iacono, W.G. & McGue, M. (2008). Alcohol and illicit drug dependence among parents: associations with offspring externalizing disorders. *Psychological Medicine, 39*, 149-155.
- Marshal, M.P., Molina, B.S.G., Pelham, W.E. & Cheong, J. (2007). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Moderates the Life Stress Pathway to Alcohol Problems in Children of Alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 31* (4), 564-574.
- Mattejat, F., Wüthrich, C. & Remschmidt, H. (2000). Kinder psychisch kranker Eltern. Forschungsperspektiven am Beispiel depressiver Eltern. *Der Nervenarzt, 71*, 164-172.
- Maynard, S. (1997). Growing Up in an Alcoholic Family System: The Effect on Anxiety and Differentiation of Self. *Journal of Substance Abuse, 9*, 161-170.
- McCauley Ohannessian, C., Hesselbrock, V.M., Kramer, J., Bucholz, K.K., Schuckit, M.A., Kuperman, S. et al. (2004). Parental Substance Use Consequences and Adolescent Psychopathology. *Journal of Studies on Alcohol, 65* (6), 725-730.
- McGrath, C.E., Watson, A.L. & Chassin, L. (1999). Academic Achievement in Adolescent Children of Alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol, 60*, 18-26.
- McKenna, T. & Pickens, R. (1981). Alcoholic children of alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol, 42*, 1021-1029.

- Miller, L. (1985). Cognitive risk taking after frontal or temporal lobectomy, I. The synthesis of fragmented visual information. *Neuropsychologia*, 23, 359-369.
- Moe, J., Johnson, J.L. & Wade, W. (2007). Resilience in Children of Substance Users: In Their Own Words. *Substance Use & Misuse*, 42, 381-398.
- Morey, C.K. (1999). Children of Alcoholics. A School-Based Comparative Study. *Journal of Drug Education*, 29 (1), 63-75.
- Nachtigall, C. & Wirtz, M (2006). *Wahrscheinlichkeitsrechnung und Inferenzstatistik. Statische Methoden für Psychologen, Teil 2* (4. überarb. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- NACOA Deutschland (2006). *Kinder aus suchtbelasteten Familien. Hilfen zur Unterstützung in Kindertagesstätte und Grundschule*. Berlin: NACOA Deutschland – Interessensvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e.V.
- Nastasi, B.K. & DeZolt, D.M. (1994). *School Interventions for Children of Alcoholics*. New York: Guildford.
- Obot, I.S. & Anthony, J.C. (2004). Mental Health Problems in Adolescent Children of Alcohol Dependent Parents: Epidemiologic Research with a Nationally Representative Sample. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 13 (4), 83-96.
- Olszewski, D., Burkhart, G. & Bo, A. (2010). *Children's Voices. Experiences and perceptions of European children on drug and alcohol issues*. Lissabon: EMCCDA.
- Orford, J., Natera, G., Copello, A., Atkinson, C., Mora, J., Velleman, R. et al. (2005). *Coping with Alcohol and Drug Problems. The Experiences of Family Members in Three Contrasting Cultures*. Hove/New York: Routledge.
- Orford, J., Natera, G., Velleman, R., Copello, A., Bowie, N., Bradbury, C. et al. (2001). Ways of coping and the health of relatives facing drug and alcohol problems in Mexico and England. *Addiction*, 96, 761-774.
- Otten, R., Zwaluw, C.S. van der, Vorst, H. van der & Engels, R.C.M.E. (2008). Partner Effects and Bidirectional Parent-Child Effects in Family Alcohol Use. *European Addiction Research*, 14, 106-112.
- Pabst, A. & Kraus, L. (2008). Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht*, 54 (1), 36-46.

- Papassotiropoulos, A., Heun, R. & Maier, W.E. (1997). Age and cognitive impairment influence the performance of the General Health Questionnaire. *Comprehensive Psychiatry*, 38 (6), 335-340.
- Perez-Bouchard, L., Johnson, J.L. & Ahrens, A.H. (1993). Attributional Style in Children of Substance Abusers. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 19 (4), 475-489.
- Petermann, F. (1995). Kinder aus Alkohol- und Drogenfamilien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 43, 4-17.
- Petermann, F. (2000). Klinische Kinderpsychologie – Begriffsbestimmung und Grundlagen. In F. Petermann (Hrsg.), *Fallbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie* (2. überarb. Aufl.) (S. 13-26). Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F. & Niebank, N. (1999). Entwicklungspsychopathologie – Konzepte und Ergebnisse. *Psychotherapeut*, 44, 257-264.
- Pilat, J.M. & Jones, J.W. (1985). Identification of Children of Alcoholics: Two Empirical Studies. *Alcohol Health & Research World*, 9, 26-33.
- Pittman, D.J. (1964). Gesellschaftliche und kulturelle Faktoren der Struktur des Trinkens, pathologischen und nichtpathologischen Ursprungs. Eine internationale Übersicht. In: DHS, 27. *Internationaler Kongress: Alkohol und Alkoholismus*. Hamm: Neuland.
- Pössel, P., Seemann, S. & Hautzinger, M. (2005). Evaluation eines deutschsprachigen Instrumentes zur Erfassung positiver und negativer automatischer Gedanken. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34 (1), 27-34.
- Poon, E., Ellis, D.A., Fitzgerald, H.E. & Zucker, R.A. (2000). Intellectual, Cognitive, and Academic Performance Among Sons of Alcoholics During the Early School Years: Differences Related to Subtypes of Familial Alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24 (7), 1020-1027.
- Post, P. & Robinson, B.E. (1998). School-Age children of Alcoholics and Non-Alcoholics: Their Anxiety, Self-Esteem, and Locus of Control. *Professional School Counselling*, 1 (5), 36-40.
- Preuss, U.W., Schuckit, M.A., Smith, T.L., Barnow, S. & Danko, G.P. (2002). Mood and anxiety symptoms among 140 children from alcoholic and control families. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 235-242.

- Produktschap voor Gedestilleerde Dranken (2001). *World Drink Trends 2001*. Oxfordshire: NTC Publications.
- Puttler, L.I., Zucker, R.A., Fitzgerald, H.E. & Bingham, C.R. (1998). Behavioural Outcomes among Children of Alcoholics During the Early and Middle Childhood Years: Familial Subtype Variations. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22 (9), 1962-1972.
- Rangarajan, S. (2008). Epidemiology and Prevention. Mediators and Moderators of Parental Alcoholism Effects on Offspring Self-Esteem. *Alcohol & Alcoholism*, 43 (4), 481-491.
- Rathner, G. & Zangerle, M. (1996). Copingstrategien bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus: Die deutschsprachige Version des KIDCOPE. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 44, 49-74.
- Reich, W., Earls, F., Frankel, O. & Shayka, J.J. (1993). Psychopathology in Children of Alcoholics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32, 995-1002.
- Ritter, J., Stewart, M., Bernet, C., Coe, M. & Brown, S.A. (2002). Effects of Childhood Exposure to Familial Alcoholism and Family Violence on Adolescent Substance Use, Conduct Problems and Self-Esteem. *Journal of Traumatic Stress*, 15 (2), 113-122.
- Roosa, M.W., Beals, J., Sandler, I.N. & Pillow, D.R. (1990). The Role of Risk and Protective Factors in Predicting Symptomatology in Adolescent Self-Identified Children of Alcoholic Parents. *American Journal of Community Psychology*, 18 (5), 725-741.
- Rounsaville, B.J. (2002). Experience with ICD-10/DSM-IV Substance Use Disorders. *Psychopathology*, 35, 82-88.
- Rothman, E.F., Edwards, E.M., Heeren, T. & Hingson, R.W. (2008). Adverse Childhood Experiences Predict Earlier Age of Drinking Onset: Results From a Representative US Sample of Current or Former Drinkers. *Pediatrics*, 122 (2), 298-304.
- Rubio-Stipek, M., Bird, H., Canino, G., Bravo, M. & Alegria, M. (1991). Children of alcoholics in the community. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 78-88.
- Saß, H., Wittchen, H.U. & Zaudig, M. (1998). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV)* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Scheithauer, H. & Petermann, F. (1999). Zur Wirkungsweise von Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 8, 3-14.

- Scheithauer, H., Petermann, F. & Niebank, K. (2002). Frühkindliche Risiko- und Schutzbedingungen: Der familiäre Kontext aus entwicklungspsychopathologischer Sicht. In B. Rollett & H. Werneck (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie der Familie* (S. 69-97). Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt, L.G. (1999). Diagnostik der Abhängigkeitserkrankungen. In M. Gastpar, K. Mann & Rommelspacher (Hrsg.), *Lehrbuch der Suchterkrankungen* (S. 70-82). Stuttgart/New York: Thieme.
- Schmidt, L.G. (2006). Substanzbezogene Störungen: Auf dem Weg zu ICD-11 und DSM-V. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 74, 634-642.
- Schmidt, L.G. & Schmidt, K. (2003a). Störungsbilder, Folge- und Begleiterkrankungen. In Wissenschaftliches Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V. (Hrsg.), *Alkoholabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe*, Band 1 (S. 51-85). Hamm: DHS.
- Schmidt, L.G. & Schmidt, K. (2003b). Epidemiologie. In Wissenschaftliches Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V. (Hrsg.), *Alkoholabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe*, Band 1 (S. 12-21). Hamm: DHS.
- Schmidt, L.G. & Schmidt, K. (2003c). Diagnostik. In: Wissenschaftliches Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V. (Hrsg.), *Alkoholabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe*, Band 1 (S. 45-51). Hamm: DHS.
- Schmitz, N., Kruse, J. & Tress, W. (1999). Psychometric properties of the General Health Questionnaire (GHQ-12) in a German primary care sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 1-7.
- Schuckit, M.A. (1991). A Longitudinal Study of Children of Alcoholics. *Recent Developments in Alcoholism*, 9, 5-19.
- Schuckit, M.A. (1994a). Low Level of Response to Alcohol as a Predictor for Future Alcoholism. *American Journal of Psychiatry*, 151 (2), 184-189.
- Schuckit, M.A. (1994b). A clinical model of genetic influences in alcohol dependence. *Journal of Studies on Alcohol*, 5, 5-17.
- Schuckit, M.A. & Smith, T.L. (2001a). The clinical course of alcohol dependence associated with a low level of response to alcohol. *Addiction*, 96, 903-910.
- Schuckit, M.A. & Smith, T.L. (2001b). Correlates of Unpredicted Outcomes in Sons of Alcoholics and Controls. *Journal of Studies on Alcohol*, 62 (4), 477-485.

- Schuckit, M.A., Smith, T.L., Barnow, S., Preuss, U., Luczak, S. & Radzinski, S. (2003). Correlates of Externalising Symptoms in Children from Families of Alcoholics and Controls. *Alcohol & Alcoholism*, 38 (6), 559-567.
- Schuckit, M.A., Smith, T.L., Pierson, J., Trim, R. & Danko, G.P. (2008). Externalizing disorders in the offspring from the San Diego prospective study of alcoholism. *Journal of Psychiatric Research*, 42, 644-652.
- Schuckit, M., Smith, T.L., Radzinski, S. & Heyneman, E.K. (2000). Behavioural Symptoms and Psychiatric Diagnoses among 162 Children in Nonalcoholic or Alcoholic Families. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 1881-1883.
- Schwarzer, R. (1994). Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personalen Bewältigungsressource. *Diagnostica*, 40 (2), 105-123.
- Schwarzer, R. (1999). Self-regulatory processes in the adoption and maintenance of health behaviours: The role of optimism, goals, and threats. *Journal of Health Psychology*, 4 (2), 115-127.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (Hrsg.) (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. *Zeitschrift für Pädagogik*, 44. Beiheft: Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen, 28-53.
- Schwarzer, R., Müller, J. & Greenglass, E. (1999). Assessment of perceived general self-efficacy on the Internet: Data collection in cyberspace. *Anxiety, Stress, & Coping*, 12, 145-161.
- Sedikides, C. & Skowronski, J. (1997). The symbolic self in evolutionary context. *Personality and Social Psychology Review*, 1, 80-102.
- Seefeldt, R.W. & Lyon, M.A. (1994). A Confluent Model for Adult Children of Alcoholics: Implications for Assessment, Treatment, and Research. *Psychological Reports*, 75, 1027-1041.

- Seiffge-Krenke, I. (2000). "Annäherer" und "Vermeider": Die langfristigen Auswirkungen bestimmter Coping-Stile auf depressive Symptome. *Zeitschrift für medizinische Psychologie*, 2, 53-61.
- Seligman, M. (1992). *Pessimisten küßt man nicht*. München: Knaur.
- Sher, K.J. (1991). *Children of Alcoholics. A Critical Appraisal of Theory and Research*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Shoal, G.D. & Giancola, P.R. (2001). Cognition, Negative Affectivity and Substance Use in Adolescent Boys with and without a History of a Substance Use Disorder. *Journal of Studies on Alcohol*, 62 (5), 675-686.
- Sinclair, M., McRee, B. & Babor, T.F. (1992). *Evaluation of the Reliability of AUDIT*. Unpublished report, University of Connecticut School of Medicine, Alcohol Research Center at Farmington.
- Spiel, C., Kreppner, K. & von Eye, A. (1995). Die Familien-Beziehungsskalen, FBS: Bericht über die Entwicklung eines Screening-Instruments zur Erfassung von Beziehungen Jugendlicher zu ihren Eltern. *Diagnostica*, 41 (4), 322-333.
- Spirito, A., Stark, L.J. & Williams, C. (1988). Development of a Brief Coping Checklist for Use with Pediatric Populations. *Journal of Pediatric Psychology*, 13 (4), 555-574.
- Stacy, A.W., Newcomb, M.D. & Bentler, P.M. (1991). Cognitive motivation and drug use: A 9-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 502-515.
- Stallard, P. (2002). *Think Good – Feel Good. A Cognitive Behaviour Therapy Workbook for Children and Young People*. Chichester: Wiley & Sons.
- Stallard, P. (2007). Early maladaptive schemas in children: stability and differences between a community and a clinic referred sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14 (1), 10-18.
- Stallard, P. & Rayner, H. (2005). The development and preliminary evaluation of a Schema Questionnaire for Children (SQC). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 217-224.
- Steinglass, P. (1980). A life history model of the alcoholic family. *Family Process*, 19, 211-227.

- Steinglass, P. (1989). Alcohol and the Family System. In C.N. Ramsey (Ed.), *Family Systems in Medicine* (S. 519-535). New York: Guilford Press.
- Steinglass, P., Bennett, L.A., Wolin, S.J. & Reiss, D. (1989). *The Alcoholic Family. Drinking problems in a family context*. London: Hutchinson.
- Steinglass, P., Davis, D. & Berenson, D. (1977). Observations of conjointly hospitalized “alcoholic couples” during sobriety and intoxication: implications for theory and therapy. *Family Process*, 16, 1-16.
- Tarter, R.E., Laird, S.B. & Moss, H.B. (1992). Neuropsychological and Neurophysiological Characteristics of Children of Alcoholics. In M. Windle & J.S. Searles (Eds.), *Children of Alcoholics. Critical Perspectives* (S. 73-98). New York: Guilford Press.
- Templeton, L., Velleman, R., Hardy, E. & Boon, S. (2009). Young People living with parental alcohol misuse and parental violence: “No-one has ever asked me how I feel in any of this”. *Journal of Substance Use*, 14 (3-4), 139-150.
- Trim, R.S. & Chassin, L. (2004). Drinking Restraint, Alcohol Consumption and Alcohol Dependence among Children of Alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 65 (1), 122-125.
- Uhl, A., Springer, A., Kobra, U., & Matt, B. (2008): *Alkohol und erhöhte Vulnerabilität in Kindheit und Jugend?* Expertise des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Suchtforschung über die „Auswirkung von Alkohol auf Kinder und Jugendliche“. Wien: Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung.
- Velleman (2007, April). *Risky vs. Resilient Family Environments for Children: When Parents Have Alcohol and Violence Difficulties*. Oral presentation held at the 2. Symposium of the ENCARE-network on Alcohol and Violence in Families, Bad Honnef.
- Velleman, R. & Reuber, D. (2007). *Domestic Violence and Abuse experienced by Children and Young People living in Families with Alcohol Problems. Results from a Cross-European Study*. Bath/Cologne.
- Velleman, R. & Orford, J. (1999). *Risk and Resilience. Adults who were the children of problem drinkers*. London: Harwood Academic Publishers.
- Velleman, R. & Templeton, L. (2003). Alcohol, Drugs and the Family: Results from a Long-Running Research Programme within the UK. *European Addiction Research*, 9, 103-112.

- Velleman, R., Templeton, L., Reuber, D., Klein, M. & Moesgen, D. (2008). Domestic Abuse Experienced by Young People living in Families with Alcohol Problems: Results from a Cross-European Study. *Child Abuse Review*, 17, 387-409.
- Vielhaber, N. (1996). Erwachsene Kinder aus Alkoholikerfamilien – Belastungen, Bewältigungsversuche, Entwicklungschancen. In F. Breuer (Hrsg.), *Qualitative Psychologie. Grundlagen, Methoden und Anwendungen eines Forschungsstils* (S. 229-253). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Viganó Zanoti-Jeronymo, D. & Pimenta Carvalho, A.M. (2005). Self-concept, academic performance and behavioural evaluation of the children of alcoholic parents. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 27 (3), 233-236.
- Vitaro, F., Dobkin, P.L., Carbonneau, R. & Tremblay, R.E. (1996). Personal and familial characteristics of resilient sons of male alcoholics. *Addiction*, 91 (8), 1161-1177.
- Walker, J.P. & Lee, R.E. (1998). Uncovering strengths of children of alcoholic parents. Review. *Contemporary Family Therapy*, 20, 521-538.
- Wegscheider, S. (1988). *Es gibt doch eine Chance: Hoffnung und Heilung für die Alkoholikerfamilie*. Wildberg: Bögner-Kaufmann.
- Weitzmann, E.R. & Wechsler, H. (2000). Alcohol Use, Abuse, and Related Problems among Children of Problem Drinkers. Findings from a National Survey of College Alcohol Use. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188 (3), 148-154.
- Werner, E.E. (1986). Resilient Offspring of Alcoholics: A Longitudinal Study from Birth to Age 18. *Journal of Studies on Alcohol*, 47 (1), 34-40.
- Werner, E.E. (1992). The children of Kauai: Resiliency and recovery in adolescence and adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 13, 262-268.
- Werner, E.E. (1993). Risk, resilience and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 5, 503-515.
- Werner, E.E. (1997). Vulnerable but invincible: high-risk children from birth to adulthood. *Acta Paediatrica Supplement*, 422, 103-105.
- Werner, E.E. & Johnson, J.L. (2004). The Role of Caring Adults in the Lives of children of Alcoholics. *Substance Use & Misuse*, 39 (5), 699-720.

- Werner, E.E. & Smith, R.S. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. New York: McGraw Hill.
- West, M. & Prinz, R. (1987). Parental alcoholism and childhood psychopathology. *Psychological Bulletin*, 102, 204-218.
- Wiers, R.W. (1994). Verslavingsrisico bij kinderen van alcoholisten. *De Psycholoog*, 6, 217-222.
- Wiers, R.W., Hoogeveen, K.J., Sergeant, J.A. & Gunning, W.B. (1997). High and low dose expectancies and the differential associations with drinking in male and female adolescents and young adults. *Addiction*, 92, 871-888.
- Wilken, B. (2010). *Methoden der Kognitiven Umstrukturierung. Ein Leitfaden für die psychotherapeutische Praxis* (5. aktual. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Windle, M. (1992). Temperament and Personality Attributes of Children of Alcoholics. In M. Windle & J.S. Searles (Eds.), *Children of Alcoholics: Critical Perspectives* (S. 129-167). New York: Guildford Press.
- Windle, M. (1997). Concepts and Issues in COA Research. *Alcohol Health and Research World*, 21 (3), 185-191.
- Windle, M. & Searles, J.S. (1990) (Hrsg.). *Children of Alcoholics*. New York: Guildford.
- Woerner, W., Becker, A., Friedrich, C., Klasen, H., Goodman, R. & Rothenberger, A. (2002). Normierung und Evaluation des deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 30 (2), 105-112.
- Woititz, J.G. (1990). *Um die Kindheit betrogen. Hoffnung und Heilung für erwachsene Kinder von Suchtkranken*. München: Kösel.
- Wolin, S.J., Bennett, L.A., Noonan, D.L. & Teitelbaum, M.A. (1980). Disrupted Family Rituals. A Factor in the Intergenerational Transmission of Alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 41 (3), 199-214.
- Wolin, S. & Wolin, S.J. (1993). *The resilient self. How survivors of troubled families overcome adversity*. New York: Villard Books.
- Wolin, S. & Wolin, S. (1995). Resilience Among Youth Growing Up In Substance-Abusing Families. *Pediatric Clinics of North America*, 42 (2), 415-429.

- Wolin, S. & Wolin, S. (1996). The Challenge Model. Working With Strengths in Children of Substance-Abusing Parents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5 (1), 243-256.
- Wong, M.M., Nigg, J.T., Zucker, R.A., Puttler, L.I., Fitzgerald, H.E., Jester, J. et al. (2006). Behavioural Control and Resiliency in the Onset of Alcohol and Illicit Drug Use: A Prospective Study From Preschool to Adolescence. *Child Development*, 77 (4), 1016-1033.
- World Health Organization (2008). *Health for All database*. Retrieved March, 3, 2009 from http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_11_en.pdf.
- Young, J.E. (1994). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2003). *Schema Therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Youth in Mind (2009). *SDQ – Information for Researchers and Professionals about the Strengths and Difficulties Questionnaires*. Retrieved March, 27, 2009 from <http://www.sdqinfo.com>.
- Zobel, M. (2000). *Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und –chancen*. Göttingen: Hogrefe.
- Zucker, R.A., Ellis, D.A. & Fitzgerald, H.E. (1994). Developmental evidence for at least two alcoholisms. I. Biopsychosocial variation among pathways into symptomatic difficulty. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 708, 134-146.

TABELLENVERZEICHNIS

- Tabelle 1:* Umgebungs- und personenbezogene Risikofaktoren für pathologische Entwicklungsverläufe bei Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien nach dem aktuellen Erkenntnisstand
- Tabelle 2:* Umgebungs- und personenbezogene Schutzfaktoren für positive Entwicklungsverläufe bei Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien nach dem aktuellen Erkenntnisstand
- Tabelle 3:* Name und Standort der stationären und ambulanten Einrichtungen, über welche die Stichprobe der UG rekrutiert wurde
- Tabelle 4:* Soziodemographische Merkmale der Kinder und Jugendlichen aus der UG
- Tabelle 5:* Merkmale zur elterlichen Alkoholproblematik innerhalb der UG
- Tabelle 6:* Name und Standort der Schulen, über welche die Stichprobe der KG rekrutiert wurde
- Tabelle 7:* Soziodemographische Merkmale der Kinder und Jugendlichen aus der KG
- Tabelle 8:* Ergebnisse der Vergleiche zwischen der UG und KG hinsichtlich soziodemographischer Variablen
- Tabelle 9:* Grenzwerte der Skalen des Selbsteinschätzungsbogens des SDQ-Deu
- Tabelle 10:* Übersicht der erfassten Konstrukte und der entsprechenden Erhebungsinstrumente für Kinder und Jugendliche
- Tabelle 11:* Grenzwerte der Skalen des Fremdeinschätzungsbogens des SDQ-Deu
- Tabelle 12:* Übersicht der erfassten Konstrukte und der entsprechenden Erhebungsinstrumente für Eltern
- Tabelle 13:* Mittelwerte der SDQ-Skalenwerte „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ und „Emotionale Probleme“ im Gruppenvergleich

- Tabelle 14:* Mittelwerte der SDQ-Skalenwerte „Emotionale Probleme“, „Hyperaktivität“ und „Prosoziales Verhalten“ im Geschlechtervergleich
- Tabelle 15:* Mittelwerte des SDQ-Gesamtproblemwertes im Gruppenvergleich
- Tabelle 16:* Mittelwerte des SDQ-Gesamtproblemwertes im Geschlechtervergleich
- Tabelle 17:* Lebenszeitprävalenz für Alkoholkonsum nach Altersgruppe innerhalb der UG
- Tabelle 18:* Mittelwerte des FAG-Skalenwertes für „Negative Selbstaussagen“ im Geschlechtervergleich
- Tabelle 19:* Ergebnisse der T-Tests für unabhängige Stichproben zur Erfassung von Geschlechtsunterschieden in Hinblick auf kognitive Variablen innerhalb der UG
- Tabelle 20:* Ergebnisse der altersspezifischen Korrelationsanalysen innerhalb der UG in Bezug auf kognitive Muster
- Tabelle 21:* Ergebnisse der Korrelationsanalysen mit dem SDQ-Gesamtproblemwert und Variablen der effektiven Bewältigung innerhalb der UG
- Tabelle 22:* Ergebnisse der Korrelationsanalysen mit den SDQ-Skalenwerten und Variablen der effektiven Bewältigung innerhalb der UG
- Tabelle 23:* Ergebnisse der Korrelationsanalysen mit dem SDQ-Gesamtproblemwert und Variablen der ineffektiven Bewältigung innerhalb der UG
- Tabelle 24:* Ergebnisse der Korrelationsanalysen mit den SDQ-Skalenwerten und Variablen der ineffektiven Bewältigung innerhalb der UG
- Tabelle 25:* Ergebnisse der Korrelationsanalysen mit dem SWE-Gesamtscore und den SDQ-Skalenwerten innerhalb der UG
- Tabelle 26:* Ergebnisse der Korrelationsanalysen mit dem SWE-Gesamtscore und den SDQ-Skalenwerten innerhalb der KG
- Tabelle 27:* Ergebnisse der Korrelationsanalysen mit dem SQC-Skalenwerten und dem SDQ-Gesamtproblemwert innerhalb der UG

- Tabelle 28:* Ergebnisse der Korrelationsanalysen mit den SQC-Skalenwerten und den SDQ-Skalenwerten innerhalb der UG
- Tabelle 29:* Ergebnisse der Korrelationsanalysen mit dem SQC-Skalenwerten und dem SDQ-Gesamtproblemwert innerhalb der KG
- Tabelle 30:* Ergebnisse der Korrelationsanalysen mit den SQC-Skalenwerten und den SDQ-Skalenwerten innerhalb der KG
- Tabelle 31:* Ergebnisse der Korrelationsanalysen mit dem FAG-Skalenwert für „Negative Selbstaussagen“ und den SDQ-Skalenwerten innerhalb der UG
- Tabelle 32:* Ergebnisse der Korrelationsanalysen mit dem FAG-Skalenwert für „Negative Selbstaussagen“ und den SDQ-Skalenwerten innerhalb der KG
- Tabelle 33:* Ergebnisse der Korrelationsanalysen mit dem FAG-Skalenwerten für „Wohlbefinden“ und „Selbstvertrauen“ und dem SDQ-Gesamtproblemwert innerhalb der UG
- Tabelle 34:* Ergebnisse der Korrelationsanalysen mit den FAG-Skalenwerten für „Wohlbefinden“ und „Selbstvertrauen“ und den SDQ-Skalenwerten innerhalb der UG
- Tabelle 35:* Ergebnisse der Korrelationsanalysen mit dem FAG-Skalenwerten für „Wohlbefinden“ und „Selbstvertrauen“ und dem SDQ-Gesamtproblemwert innerhalb der KG
- Tabelle 36:* Ergebnisse der Korrelationsanalysen mit den FAG-Skalenwerten für „Wohlbefinden“ und „Selbstvertrauen“ und den SDQ-Skalenwerten innerhalb der KG
- Tabelle 37:* Koeffizienten der linearen Regressionsanalyse mit SQC „Persönliche Vulnerabilität“ und FAG „Selbstvertrauen“ als Prädiktoren und dem SDQ-Gesamtproblemwert als Kriterium innerhalb der UG
- Tabelle 38:* Koeffizienten der linearen Regressionsanalyse mit FAG „Negative Selbstaussagen“, Geschlecht und SQC „Schutzbedürftigkeit“ als Prädiktoren und dem SDQ-Gesamtproblemwert als Kriterium innerhalb der KG

- Tabelle 39:* Mittelwerte des FBS-Skalenwertes für „Emotionale Ambivalenz“ im Geschlechtervergleich
- Tabelle 40:* Ergebnisse der T-Tests für unabhängige Stichproben zur Erfassung von Geschlechtsunterschieden in Hinblick auf Familienvariablen innerhalb der UG
- Tabelle 41:* Ergebnisse der altersspezifischen Korrelationsanalysen innerhalb der UG in Bezug auf Variablen der Eltern-Kind-Beziehung
- Tabelle 42:* Ergebnisse der Korrelationsanalysen mit den FAM-III-/FBS-Familien-Gesamtwerten und dem SDQ-Gesamtproblemwert innerhalb der UG
- Tabelle 43:* Ergebnisse der Korrelationsanalysen mit den FAM-III-/FBS-Familien-Gesamtwerten und den SDQ-Skalenwerten innerhalb der UG
- Tabelle 44:* Ergebnisse der Korrelationsanalysen mit den FAM-III-/FBS-Familien-Gesamtwerten und dem SDQ-Gesamtproblemwert innerhalb der KG
- Tabelle 45:* Ergebnisse der Korrelationsanalysen mit den FAM-III-/FBS- Familien-Gesamtwerten und den SDQ-Skalenwerten innerhalb der KG
- Tabelle 46:* Koeffizienten der linearen Regressionsanalyse mit FBS „Verlässlichkeit“ und Geschlecht als Prädiktoren und dem SDQ-Gesamtproblemwert als Kriterium innerhalb der KG
- Tabelle 47:* Koeffizienten der linearen Regressionsanalyse mit FAG „Negative Selbstaussagen“ und FAM-III „Kommunikation“ als Prädiktoren und dem SDQ-Gesamtproblemwert als Kriterium innerhalb der KG
- Tabelle 48:* Werte von Frank und Stella in Hinblick auf die psychische Gesundheit aus Sicht der Kinder
- Tabelle 49:* Angaben von Frank und Stella in Hinblick auf die Bewältigung mit einem allgemeinen Problem
- Tabelle 50:* Angaben von Frank und Stella in Hinblick auf die Bewältigung mit dem elterlichen Suchtproblem
- Tabelle 51:* Werte von Frank und Stella in Hinblick auf kognitive Muster

- Tabelle 52:* Werte von Frank und Stella in Hinblick auf Variablen der Eltern-Kind-Beziehung
- Tabelle 53:* Werte für Frank und Stella in Hinblick auf psychische Gesundheit aus Sicht des alkoholabhängigen Vaters
- Tabelle 54:* Werte für Frank und Stella in Hinblick auf familiäre Variablen aus Sicht des alkoholabhängigen Vaters
- Tabelle 55:* Werte für Frank und Stella in Hinblick auf psychische Gesundheit aus Sicht der nicht-abhängigen Mutter
- Tabelle 56:* Werte für Frank und Stella in Hinblick auf familiäre Variablen aus Sicht der nicht-abhängigen Mutter
- Tabelle 57:* Werte von Christoph und Dennis in Hinblick auf psychische Gesundheit aus Sicht der Kinder
- Tabelle 58:* Angaben von Christoph und Dennis in Hinblick auf die Bewältigung mit einem allgemeinen Problem
- Tabelle 59:* Angaben von Christoph und Dennis in Hinblick auf die Bewältigung mit dem elterlichen Suchtproblem
- Tabelle 60:* Werte von Christoph und Dennis in Hinblick auf kognitive Muster
- Tabelle 61:* Werte von Christoph und Dennis in Hinblick auf Variablen der Eltern-Kind-Beziehung
- Tabelle 62:* Werte für Christoph und Dennis in Hinblick auf die psychische Gesundheit aus Sicht des alkoholabhängigen Vaters
- Tabelle 63:* Werte für Christoph und Dennis in Hinblick auf familiäre Variablen aus Sicht des alkoholabhängigen Vaters
- Tabelle 64:* Werte für Christoph und Dennis in Hinblick auf psychische Gesundheit aus Sicht der nicht-abhängigen Mutter

Tabelle 65: Werte für Christoph und Dennis in Hinblick auf familiäre Variablen aus Sicht der nicht-abhängigen Mutter

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Diagnostische Kriterien für Alkoholmissbrauch nach ICD-10 (modifiziert aus: Schmidt, 1999, S. 71)

Abbildung 2: Diagnostische Kriterien für Alkoholabhängigkeit nach ICD-10 (modifiziert aus: Schmidt, 1999, S. 72).

Abbildung 3: Schema der Risiko- und Schutzfaktoren in der kindlichen Entwicklung in alkoholbelasteten Familien (Klein et al., 2003, S. 29; adaptiert aus Scheithauer, Petermann & Niebank, 2002, S. 71 und Zobel, 2000, S. 179)

Abbildung 4: Einschlusskriterien für die UG

Abbildung 5: Schematisierter Untersuchungsablauf in der UG

Abbildung 6: Häufigkeitsverteilung der Wertebereiche zum SDQ-Gesamtproblemwert in der UG und KG

Abbildung 7: Mittelwerte der FAG-Skalenwerte für „Wohlbefinden“ im Gruppen- und Geschlechtervergleich

ANHANG

Anhang 1: SPSS-Ausgaben (Exzerpt)

Anhang 2: Fragebogenheft für Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien (UG)

Anhang 3: Fragebogenheft für Kinder und Jugendliche aus unbelasteten Familien (KG)

Anhang 4: Telefoninterview-Leitfaden für Elternteile mit Alkoholproblematik

Anhang 5: Telefoninterview-Leitfaden für Elternteile ohne Alkoholproblematik

Anhang 1:

SPSS-Ausgaben (Exzerpt)

Hypothese 1

Allgemeines Lineares Modell

Multivariate Tests^b

Effekt		Wert	F	Hypothese df	Fehler df	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Konstanter Term	Pillai-Spur	,973	1249,415 ^a	5,000	172,000	,000	,973
	Wilks-Lambda	,027	1249,415 ^a	5,000	172,000	,000	,973
	Hotelling-Spur	36,320	1249,415 ^a	5,000	172,000	,000	,973
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	36,320	1249,415 ^a	5,000	172,000	,000	,973
gruppe	Pillai-Spur	,069	2,562 ^a	5,000	172,000	,029	,069
	Wilks-Lambda	,931	2,562 ^a	5,000	172,000	,029	,069
	Hotelling-Spur	,074	2,562 ^a	5,000	172,000	,029	,069
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,074	2,562 ^a	5,000	172,000	,029	,069
q1_sex	Pillai-Spur	,247	11,293 ^a	5,000	172,000	,000	,247
	Wilks-Lambda	,753	11,293 ^a	5,000	172,000	,000	,247
	Hotelling-Spur	,328	11,293 ^a	5,000	172,000	,000	,247
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,328	11,293 ^a	5,000	172,000	,000	,247
gruppe * q1_sex	Pillai-Spur	,055	2,005 ^a	5,000	172,000	,080	,055
	Wilks-Lambda	,945	2,005 ^a	5,000	172,000	,080	,055
	Hotelling-Spur	,058	2,005 ^a	5,000	172,000	,080	,055
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,058	2,005 ^a	5,000	172,000	,080	,055

a. Exakte Statistik

b. Design: Konstanter Term + gruppe + q1_sex + gruppe * q1_sex

Tests der Zwischensubjekteffekte

Quelle	Abhängige Variable	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Korrigiertes Modell	SDQ Emotionale Probleme	115,820 ^a	3	38,607	8,078	,000	,121
	SDQ Verhaltensprobleme	9,032 ^b	3	3,011	1,556	,202	,026
	SDQ Hyperaktivität	60,884 ^c	3	20,295	5,371	,001	,084
	SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	26,834 ^d	3	8,945	3,795	,011	,061
	SDQ Prosoziales Verhalten	78,170 ^e	3	26,057	8,406	,000	,125

Konstanter Term	SDQ Emotionale Probleme	1551,035	1	1551,035	324,525	,000	,648
	SDQ Verhaltensprobleme	597,610	1	597,610	308,900	,000	,637
	SDQ Hyperaktivität	2100,404	1	2100,404	555,874	,000	,760
	SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	776,413	1	776,413	329,425	,000	,652
	SDQ Prosoziales Verhalten	10557,324	1	10557,324	3405,712	,000	,951
gruppe	SDQ Emotionale Probleme	17,962	1	17,962	3,758	,054	,021
	SDQ Verhaltensprobleme	4,074	1	4,074	2,106	,149	,012
	SDQ Hyperaktivität	2,236	1	2,236	,592	,443	,003
	SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	18,567	1	18,567	7,878	,006	,043
	SDQ Prosoziales Verhalten	,121	1	,121	,039	,844	,000
q1_sex	SDQ Emotionale Probleme	58,656	1	58,656	12,273	,001	,065
	SDQ Verhaltensprobleme	2,865	1	2,865	1,481	,225	,008
	SDQ Hyperaktivität	44,622	1	44,622	11,809	,001	,063
	SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	8,800	1	8,800	3,734	,055	,021
	SDQ Prosoziales Verhalten	51,235	1	51,235	16,528	,000	,086
gruppe * q1_sex	SDQ Emotionale Probleme	19,644	1	19,644	4,110	,044	,023
	SDQ Verhaltensprobleme	1,734	1	1,734	,896	,345	,005
	SDQ Hyperaktivität	5,315	1	5,315	1,407	,237	,008
	SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	4,905	1	4,905	2,081	,151	,012
	SDQ Prosoziales Verhalten	12,446	1	12,446	4,015	,047	,022
Fehler	SDQ Emotionale Probleme	841,175	176	4,779			
	SDQ Verhaltensprobleme	340,496	176	1,935			
	SDQ Hyperaktivität	665,027	176	3,779			
	SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	414,810	176	2,357			

	SDQ Prosoziales Verhalten	545,580	176	3,100			
Gesamt	SDQ Emotionale Probleme	2571,000	180				
	SDQ Verhaltensprobleme	973,000	180				
	SDQ Hyperaktivität	3030,000	180				
	SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	1194,000	180				
	SDQ Prosoziales Verhalten	11905,000	180				
Korrigierte Gesamtvariation	SDQ Emotionale Probleme	956,994	179				
	SDQ Verhaltensprobleme	349,528	179				
	SDQ Hyperaktivität	725,911	179				
	SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	441,644	179				
	SDQ Prosoziales Verhalten	623,750	179				

a. R-Quadrat = ,121 (korrigiertes R-Quadrat = ,106)

b. R-Quadrat = ,026 (korrigiertes R-Quadrat = ,009)

c. R-Quadrat = ,084 (korrigiertes R-Quadrat = ,068)

d. R-Quadrat = ,061 (korrigiertes R-Quadrat = ,045)

e. R-Quadrat = ,125 (korrigiertes R-Quadrat = ,110)

Deskriptive Statistiken

	Gruppenzugehörigkeit	Geschlecht	Mittelwert	Standardabweichung	N
SDQ Emotionale Probleme	Untersuchungsgruppe	weiblich	3,60	2,359	42
		männlich	3,10	2,325	30
		Gesamt	3,39	2,341	72
	Kontrollgruppe	weiblich	3,63	2,371	56
		männlich	1,77	1,699	52
		Gesamt	2,73	2,266	108
	Gesamt	weiblich	3,61	2,353	98
		männlich	2,26	2,042	82
		Gesamt	2,99	2,312	180
SDQ Hyperaktivität	Untersuchungsgruppe	weiblich	3,74	2,296	42
		männlich	3,07	2,050	30
		Gesamt	3,46	2,207	72
	Kontrollgruppe	weiblich	4,32	1,830	56
		männlich	2,94	1,673	52
		Gesamt	3,66	1,880	108
	Gesamt	weiblich	4,07	2,052	98
		männlich	2,99	1,809	82
		Gesamt	3,58	2,014	180
SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	Untersuchungsgruppe	weiblich	2,07	1,504	42
		männlich	2,87	2,193	30
		Gesamt	2,40	1,851	72
	Kontrollgruppe	weiblich	1,75	1,297	56
		männlich	1,87	1,329	52
		Gesamt	1,81	1,307	108
	Gesamt	weiblich	1,89	1,391	98
		männlich	2,23	1,752	82
		Gesamt	2,04	1,571	180
SDQ Prosoziales Verhalten	Untersuchungsgruppe	weiblich	8,19	1,742	42
		männlich	7,63	2,125	30
		Gesamt	7,96	1,917	72
	Kontrollgruppe	weiblich	8,68	1,377	56
		männlich	7,04	1,909	52
		Gesamt	7,89	1,841	108
	Gesamt	weiblich	8,47	1,555	98
		männlich	7,26	1,999	82
		Gesamt	7,92	1,867	180

Univariate Varianzanalyse

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable:SDQ Gesamtproblemwert

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Korrigiertes Modell	369,341 ^a	3	123,114	5,870	,001	,091
Konstanter Term	18912,738	1	18912,738	901,687	,000	,837
gruppe	82,272	1	82,272	3,922	,049	,022
q1_sex	170,691	1	170,691	8,138	,005	,044
gruppe * q1_sex	58,300	1	58,300	2,780	,097	,016
Fehler	3691,570	176	20,975			
Gesamt	23822,000	180				
Korrigierte Gesamtvariation	4060,911	179				

a. R-Quadrat = ,091 (korrigiertes R-Quadrat = ,075)

Deskriptive Statistiken

Abhängige Variable:SDQ Gesamtproblemwert

Gruppenzugehörigkeit	Geschlecht	Mittelwert	Standardabweichung	N
Untersuchungsgruppe	weiblich	11,67	5,568	42
	männlich	10,83	5,608	30
	Gesamt	11,32	5,561	72
Kontrollgruppe	weiblich	11,45	4,072	56
	männlich	8,27	3,419	52
	Gesamt	9,92	4,079	108
Gesamt	weiblich	11,54	4,745	98
	männlich	9,21	4,491	82
	Gesamt	10,48	4,763	180

Hypothese 5

Univariate Varianzanalyse

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable:SWE Gesamtscore

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Korrigiertes Modell	210,878 ^a	3	70,293	2,556	,057	,046
Konstanter Term	126003,748	1	126003,748	4582,497	,000	,967
gruppe	141,242	1	141,242	5,137	,025	,031
q1_sex	10,160	1	10,160	,369	,544	,002
gruppe * q1_sex	49,974	1	49,974	1,817	,180	,011
Fehler	4344,486	158	27,497			
Gesamt	138085,000	162				
Korrigierte Gesamtvariation	4555,364	161				

a. R-Quadrat = ,046 (korrigiertes R-Quadrat = ,028)

Deskriptive Statistiken

Abhängige Variable:SWE Gesamtscore

Gruppenzugehörigkeit	Geschlecht	Mittelwert	Standardabweichung	N
Untersuchungsgruppe	weiblich	27,86	5,029	37
	männlich	27,24	6,473	29
	Gesamt	27,59	5,670	66
Kontrollgruppe	weiblich	28,64	5,479	47
	männlich	30,29	4,282	49
	Gesamt	29,48	4,948	96
Gesamt	weiblich	28,30	5,268	84
	männlich	29,15	5,372	78
	Gesamt	28,71	5,319	162

Hypothese 7

Univariate Varianzanalyse

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable:FAG Score Skala Negative Selbstaussage

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Korrigiertes Modell	1166,346 ^a	3	388,782	3,844	,011	,066
Konstanter Term	97548,406	1	97548,406	964,372	,000	,856
gruppe	239,201	1	239,201	2,365	,126	,014
q1_sex	488,684	1	488,684	4,831	,029	,029
gruppe * q1_sex	272,826	1	272,826	2,697	,102	,016
Fehler	16386,666	162	101,152			
Gesamt	117636,000	166				
Korrigierte Gesamtvariation	17553,012	165				

a. R-Quadrat = ,066 (korrigiertes R-Quadrat = ,049)

Deskriptive Statistiken

Abhängige Variable:FAG Score Skala Negative Selbstaussage

Gruppenzugehörigkeit	Geschlecht	Mittelwert	Standardabweichung	N
Untersuchungsgruppe	weiblich	26,38	11,375	39
	männlich	25,50	10,654	30
	Gesamt	26,00	10,996	69
Kontrollgruppe	weiblich	26,55	11,126	49
	männlich	20,44	6,897	48
	Gesamt	23,53	9,728	97
Gesamt	weiblich	26,48	11,173	88
	männlich	22,38	8,828	78
	Gesamt	24,55	10,314	166

Hypothese 8

Allgemeines Lineares Modell

Multivariate Tests^b

Effekt		Wert	F	Hypothese df	Fehler df	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Konstanter Term	Pillai-Spur	,933	1151,533 ^a	2,000	165,000	,000	,933
	Wilks-Lambda	,067	1151,533 ^a	2,000	165,000	,000	,933
	Hotelling-Spur	13,958	1151,533 ^a	2,000	165,000	,000	,933
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	13,958	1151,533 ^a	2,000	165,000	,000	,933
gruppe	Pillai-Spur	,021	1,789 ^a	2,000	165,000	,170	,021
	Wilks-Lambda	,979	1,789 ^a	2,000	165,000	,170	,021
	Hotelling-Spur	,022	1,789 ^a	2,000	165,000	,170	,021
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,022	1,789 ^a	2,000	165,000	,170	,021
q1_sex	Pillai-Spur	,019	1,628 ^a	2,000	165,000	,199	,019
	Wilks-Lambda	,981	1,628 ^a	2,000	165,000	,199	,019
	Hotelling-Spur	,020	1,628 ^a	2,000	165,000	,199	,019
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,020	1,628 ^a	2,000	165,000	,199	,019
gruppe * q1_sex	Pillai-Spur	,035	2,965 ^a	2,000	165,000	,054	,035
	Wilks-Lambda	,965	2,965 ^a	2,000	165,000	,054	,035
	Hotelling-Spur	,036	2,965 ^a	2,000	165,000	,054	,035
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,036	2,965 ^a	2,000	165,000	,054	,035

a. Exakte Statistik

b. Design: Konstanter Term + gruppe + q1_sex + gruppe * q1_sex

Tests der Zwischensubjekteffekte

Quelle	Abhängige Variable	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Korrigiertes Modell	FAG Score Skala Selbstvertrauen	74,666 ^a	3	24,889	1,731	,163	,030
	FAG Score Skala Wohlbefinden	215,057 ^b	3	71,686	3,431	,018	,058
Konstanter Term	FAG Score Skala Selbstvertrauen	23342,856	1	23342,856	1623,109	,000	,907
	FAG Score Skala Wohlbefinden	41888,986	1	41888,986	2004,726	,000	,924
gruppe	FAG Score Skala Selbstvertrauen	51,532	1	51,532	3,583	,060	,021
	FAG Score Skala Wohlbefinden	30,067	1	30,067	1,439	,232	,009
q1_sex	FAG Score Skala Selbstvertrauen	19,110	1	19,110	1,329	,251	,008
	FAG Score Skala Wohlbefinden	68,068	1	68,068	3,258	,073	,019
gruppe * q1_sex	FAG Score Skala Selbstvertrauen	,021	1	,021	,001	,970	,000
	FAG Score Skala Wohlbefinden	84,889	1	84,889	4,063	,045	,024
Fehler	FAG Score Skala Selbstvertrauen	2387,340	166	14,382			
	FAG Score Skala Wohlbefinden	3468,590	166	20,895			
Gesamt	FAG Score Skala Selbstvertrauen	27255,000	170				
	FAG Score Skala Wohlbefinden	47846,000	170				
Korrigierte Gesamtvariation	FAG Score Skala Selbstvertrauen	2462,006	169				
	FAG Score Skala Wohlbefinden	3683,647	169				

a. R-Quadrat = ,030 (korrigiertes R-Quadrat = ,013)

b. R-Quadrat = ,058 (korrigiertes R-Quadrat = ,041)

Deskriptive Statistiken

Gruppenzugehörigkeit		Geschlecht	Mittelwert	Standardabweichung	N
FAG Score Skala Wohlbefinden	Untersuchungsgruppe	weiblich	15,72	4,519	39
		männlich	15,57	4,932	30
		Gesamt	15,65	4,668	69
	Kontrollgruppe	weiblich	15,13	4,844	53
		männlich	17,87	4,040	48
		Gesamt	16,44	4,666	101
	Gesamt	weiblich	15,38	4,692	92
		männlich	16,99	4,517	78
		Gesamt	16,12	4,669	170

Hypothese 9

Korrelationen

		KIDCOPE 1: Ablenkung Häufigkeit	KIDCOPE 1: Sozialer Rückzug Häufigkeit	KIDCOPE 1: Kognitives Umordnen Häufigkeit	KIDCOPE 1: Beschuldigung der anderen Häufigkeit	KIDCOPE 1: Problemlösen Häufigkeit	KIDCOPE Skalenscore Affektäußerung	KIDCOPE 1: Soziale Unterstützung Häufigkeit
SDQ Gesamtproblemwert	Korrelation nach Pearson	,392**	,284	-,315	,119	,018	,328	,058
	Signifikanz (2-seitig)	,001	,024	,012	,352	,890	,009	,652
	N	63	63	63	63	63	62	63

		KIDCOPE 1: Ablenkung Häufigkeit	KIDCOPE 1: Sozialer Rückzug Häufigkeit	KIDCOPE 1: Kognitives Umordnen Häufigkeit	KIDCOPE 1: Beschuldigung der anderen Häufigkeit	KIDCOPE 1: Problemlösen Häufigkeit	KIDCOPE Skalenscore Affektäußerung	KIDCOPE 1: Soziale Unterstützung Häufigkeit
SDQ Emotionale Probleme	Korrelation nach Pearson	,334**	,342**	-,318	,127	,284	,407**	-,066
	Signifikanz (2-seitig)	,007	,006	,011	,320	,024	,001	,606
	N	63	63	63	63	63	62	63
SDQ Verhaltensprobleme	Korrelation nach Pearson	,252	,078	-,130	,072	-,232	,192	,059
	Signifikanz (2-seitig)	,047	,543	,312	,575	,067	,134	,646
	N	63	63	63	63	63	62	63
SDQ Hyperaktivität	Korrelation nach Pearson	,366**	,121	-,145	,078	-,036	,183	,227
	Signifikanz (2-seitig)	,003	,344	,257	,543	,781	,155	,073
	N	63	63	63	63	63	62	63
SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	Korrelation nach Pearson	,085	,206	-,255	,038	-,049	,081	-,072
	Signifikanz (2-seitig)	,506	,105	,044	,768	,702	,532	,578
	N	63	63	63	63	63	62	63
SDQ Prosoziales Verhalten	Korrelation nach Pearson	-,090	,061	-,030	-,131	,263	,018	,169
	Signifikanz (2-seitig)	,485	,633	,815	,307	,037	,892	,187
	N	63	63	63	63	63	62	63

Hypothese 10

Korrelationen

		KIDCOPE 1: Selbstkritik Häufigkeit	KIDCOPE 1: Wunschdenken Häufigkeit	KIDCOPE 1: Resignation Häufigkeit
SDQ Gesamtproblemwert	Korrelation nach Pearson	,137	,529**	,101
	Signifikanz (2-seitig)	,284	,000	,429
	N	63	63	63

		KIDCOPE 1: Selbstkritik Häufigkeit	KIDCOPE 1: Wunschdenken Häufigkeit	KIDCOPE 1: Resignation Häufigkeit
SDQ Emotionale Probleme	Korrelation nach Pearson	,173	,499**	,023
	Signifikanz (2-seitig)	,176	,000	,855
	N	63	63	63
SDQ Hyperaktivität	Korrelation nach Pearson	,112	,398	,061
	Signifikanz (2-seitig)	,383	,001	,637
	N	63	63	63
SDQ Verhaltensprobleme	Korrelation nach Pearson	,065	,305	-,013
	Signifikanz (2-seitig)	,612	,015	,922
	N	63	63	63
SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	Korrelation nach Pearson	,000	,202	,216
	Signifikanz (2-seitig)	,999	,113	,090
	N	63	63	63
SDQ Prosoziales Verhalten	Korrelation nach Pearson	,042	-,064	,063
	Signifikanz (2-seitig)	,743	,617	,625
	N	63	63	63

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Hypothese 11

Korrelationen (UG)

		SDQ Gesamtproblemwert
SWE Gesamtscore	Korrelation nach Pearson	-,602**
	Signifikanz (2-seitig)	,000
	N	66

		SDQ Emotionale Probleme	SDQ Verhaltensprobleme	SDQ Hyperaktivität	SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	SDQ Prosoziales Verhalten
SWE Gesamtscore	Korrelation nach Pearson	-,570**	-,243*	-,182	-,660**	,170
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,049	,144	,000	,172
	N	66	66	66	66	66

Korrelationen (KG)

		SDQ Gesamtproblemwert
SWE Gesamtscore	Korrelation nach Pearson	-,245*
	Signifikanz (2-seitig)	,017
	N	95

		SDQ Emotionale Probleme	SDQ Verhaltensprobleme	SDQ Hyperaktivität	SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	SDQ Prosoziales Verhalten
SWE Gesamtscore	Korrelation nach Pearson	-,368**	,074	-,083	-,074	-,090
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,475	,422	,475	,387
	N	95	95	95	95	95
	N	108	108	108	108	108

Hypothese 12

Korrelationen (UG)

		SQC Skalenscore Minderwertigkeit	SQC Skalenscore Persönliche Vulnerabilität	SQC Skalenscore Persönliche Fähigkeiten	SQC Skalenscore Schutzbedürftigkeit
SDQ Gesamtproblemwert	Korrelation nach Pearson	,565**	,649**	,310*	,436**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,010	,000
	N	70	69	68	69

		SQC Skalenscore Minderwertigkeit	SQC Skalenscore Persönliche Vulnerabilität	SQC Skalenscore Persönliche Fähigkeiten	SQC Skalenscore Schutzbedürftigkeit
SDQ Emotionale Probleme	Korrelation nach Pearson	,671**	,600**	,260	,502**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,032	,000
	N	70	69	68	69
SDQ Verhaltensprobleme	Korrelation nach Pearson	,105	,319**	,211	,018
	Signifikanz (2-seitig)	,386	,008	,084	,884
	N	70	69	68	69
SDQ Hyperaktivität	Korrelation nach Pearson	,243	,318**	,117	,294*
	Signifikanz (2-seitig)	,043	,008	,342	,014
	N	70	69	68	69
SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	Korrelation nach Pearson	,469**	,513**	,255	,319**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,036	,008
	N	70	69	68	69
SDQ Prosoziales Verhalten	Korrelation nach Pearson	-,013	-,115	-,097	,128
	Signifikanz (2-seitig)	,913	,348	,433	,296
	N	70	69	68	69

Korrelationen (KG)

		SQC Skalenscore Minderwertigkeit	SQC Skalenscore Persönliche Vulnerabilität	SQC Skalenscore Persönliche Fähigkeiten	SQC Skalenscore Schutzbedürftigkeit
SDQ Gesamtproblemwert	Korrelation nach Pearson	,429**	,458**	,045	,497**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,645	,000
	N	103	102	106	106

		SQC Skalenscore Minderwertigkeit	SQC Skalenscore Persönliche Vulnerabilität	SQC Skalenscore Persönliche Fähigkeiten	SQC Skalenscore Schutzbedürftigkeit
SDQ Emotionale Probleme	Korrelation nach Pearson	,483**	,345**	-,045	,511**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,646	,000
	N	103	102	106	106
SDQ Verhaltensprobleme	Korrelation nach Pearson	,019	,370**	,248	,220
	Signifikanz (2-seitig)	,849	,000	,011	,023
	N	103	102	106	106
SDQ Hyperaktivität	Korrelation nach Pearson	,175	,144	-,022	,102
	Signifikanz (2-seitig)	,078	,150	,825	,298
	N	103	102	106	106
SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	Korrelation nach Pearson	,229	,287**	,039	,331**
	Signifikanz (2-seitig)	,020	,003	,688	,001
	N	103	102	106	106
SDQ Prosoziales Verhalten	Korrelation nach Pearson	,338**	,021	-,168	,096
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,835	,085	,328
	N	103	102	106	106

Hypothese 13

Korrelationen (UG)

		SDQ Gesamtproblemwert
FAG Score Skala Negative Selbstaussage	Korrelation nach Pearson	,557**
	Signifikanz (2-seitig)	,000
	N	69
	N	72

		SDQ Emotionale Probleme	SDQ Verhaltensprobleme	SDQ Hyperaktivität	SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	SDQ Prosoziales Verhalten
FAG Score Skala Negative Selbstaussage	Korrelation nach Pearson	,707**	,161	,205	,376**	-,006
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,186	,091	,001	,960
	N	69	69	69	69	69

Korrelationen (KG)

		SDQ Gesamtproblemwert
FAG Score Skala Negative Selbstaussage	Korrelation nach Pearson	,604**
	Signifikanz (2-seitig)	,000
	N	96

		SDQ Emotionale Probleme	SDQ Verhaltensprobleme	SDQ Hyperaktivität	SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	SDQ Prosoziales Verhalten
FAG Score Skala Negative Selbstaussage	Korrelation nach Pearson	,669**	,209	,245	,180	,093
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,041	,016	,079	,365
	N	96	96	96	96	96

Hypothese 14

Korrelationen (UG)

		FAG Score Skala Wohlbefinden	FAG Score Skala Selbstvertrauen
SDQ Gesamtproblemwert	Korrelation nach Pearson	-,364**	-,383**
	Signifikanz (2-seitig)	,002	,001
	N	69	71

		SDQ Emotionale Probleme	SDQ Verhaltensprobleme	SDQ Hyperaktivität	SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	SDQ Prosoziales Verhalten
FAG Score Skala Wohlbefinden	Korrelation nach Pearson	-,531**	-,047	,025	-,405**	,002
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,702	,837	,001	,986
	N	69	69	69	69	69
FAG Score Skala Selbstvertrauen	Korrelation nach Pearson	-,538**	-,020	-,065	-,375**	-,139
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,865	,592	,001	,249
	N	71	71	71	71	71

Korrelationen (KG)

Korrelationen

		FAG Score Skala Wohlbefinden	FAG Score Skala Selbstvertrauen	SDQ Gesamtproblemwert
SDQ Gesamtproblemwert	Korrelation nach Pearson	-,481**	-,188	1
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,055	
	N	100	105	108

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

		SDQ Emotionale Probleme	SDQ Verhaltensprobleme	SDQ Hyperaktivität	SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	SDQ Prosoziales Verhalten
FAG Score Skala Wohlbefinden	Korrelation nach Pearson	-,493**	-,168	-,184	-,241*	,084
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,094	,067	,016	,408
	N	100	100	100	100	100
FAG Score Skala Selbstvertrauen	Korrelation nach Pearson	-,246*	,046	-,164	,040	,036
	Signifikanz (2-seitig)	,011	,639	,094	,685	,713
	N	105	105	105	105	105

Lineare Regressionsanalysen (kognitive Variablen)

Regression (UG)

Aufgenommene/Entfernte Variablen^a

Modell	Aufgenommene Variablen	Entfernte Variablen	Methode
1	SQC Skalenscore Persönliche Vulnerabilität	.	Schrittweise Selektion (Kriterien: Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Aufnahme \leq ,050, Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Ausschluß \geq ,100).
2	FAG Score Skala Selbstvertrauen	.	Schrittweise Selektion (Kriterien: Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Aufnahme \leq ,050, Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Ausschluß \geq ,100).

a. Abhängige Variable: SDQ Gesamtproblemwert

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,642 ^a	,413	,397	4,327
2	,689 ^b	,474	,445	4,150

a. Einflußvariablen : (Konstante), SQC Skalenscore Persönliche Vulnerabilität

b. Einflußvariablen : (Konstante), SQC Skalenscore Persönliche Vulnerabilität, FAG Score Skala Selbstvertrauen

ANOVA^c

Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	Regression	486,770	1	486,770	25,996	,000 ^a
	Nicht standardisierte Residuen	692,819	37	18,725		
	Gesamt	1179,590	38			
2	Regression	559,662	2	279,831	16,250	,000 ^b
	Nicht standardisierte Residuen	619,928	36	17,220		
	Gesamt	1179,590	38			

a. Einflußvariablen : (Konstante), SQC Skalenscore Persönliche Vulnerabilität

b. Einflußvariablen : (Konstante), SQC Skalenscore Persönliche Vulnerabilität, FAG Score Skala Selbstvertrauen

c. Abhängige Variable: SDQ Gesamtproblemwert

Koeffizienten^a

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta		
1	(Konstante)	6,046	1,210		4,997	,000
	SQC Skalenscore Persönliche Vulnerabilität	,481	,094	,642	5,099	,000
2	(Konstante)	11,353	2,828		4,014	,000
	SQC Skalenscore Persönliche Vulnerabilität	,382	,103	,510	3,722	,001
	FAG Score Skala Selbstvertrauen	-,367	,178	-,282	-2,057	,047

a. Abhängige Variable: SDQ Gesamtproblemwert

Regression (KG)

Aufgenommene/Entfernte Variablen^a

Modell	Aufgenommene Variablen	Entfernte Variablen	Methode
1	FAG Score Skala Negative Selbstaussage	.	Schrittweise Selektion (Kriterien: Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Aufnahme \leq ,050, Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Ausschluß \geq ,100).
2	Geschlecht	.	Schrittweise Selektion (Kriterien: Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Aufnahme \leq ,050, Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Ausschluß \geq ,100).
3	SQC Skalenscore Schutzbedürftigkeit	.	Schrittweise Selektion (Kriterien: Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Aufnahme \leq ,050, Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Ausschluß \geq ,100).

a. Abhängige Variable: SDQ Gesamtproblemwert

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,610 ^a	,372	,364	3,339
2	,656 ^b	,430	,415	3,203
3	,689 ^c	,474	,454	3,096

a. Einflußvariablen : (Konstante), FAG Score Skala Negative Selbstaussage

b. Einflußvariablen : (Konstante), FAG Score Skala Negative Selbstaussage, Geschlecht

c. Einflußvariablen : (Konstante), FAG Score Skala Negative Selbstaussage, Geschlecht, SQC Skalenscore
Schutzbedürftigkeit

ANOVA^d

Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	Regression	522,759	1	522,759	46,878	,000 ^a
	Nicht standardisierte Residuen	880,969	79	11,152		
	Gesamt	1403,728	80			
2	Regression	603,582	2	301,791	29,419	,000 ^b
	Nicht standardisierte Residuen	800,146	78	10,258		
	Gesamt	1403,728	80			
3	Regression	665,633	3	221,878	23,147	,000 ^c
	Nicht standardisierte Residuen	738,095	77	9,586		
	Gesamt	1403,728	80			

a. Einflußvariablen : (Konstante), FAG Score Skala Negative Selbstaussage

b. Einflußvariablen : (Konstante), FAG Score Skala Negative Selbstaussage, Geschlecht

c. Einflußvariablen : (Konstante), FAG Score Skala Negative Selbstaussage, Geschlecht, SQC Skalenscore

Schutzbedürftigkeit

d. Abhängige Variable: SDQ Gesamtproblemwert

Koeffizienten^a

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta		
1	(Konstante)	4,454	,947		4,703	,000
	FAG Score Skala Negative Selbstaussage	,252	,037	,610	6,847	,000
2	(Konstante)	8,420	1,680		5,013	,000
	FAG Score Skala Negative Selbstaussage	,218	,037	,527	5,833	,000
	Geschlecht	-2,113	,753	-,254	-2,807	,006
3	(Konstante)	8,239	1,625		5,069	,000
	FAG Score Skala Negative Selbstaussage	,160	,043	,388	3,765	,000
	Geschlecht	-2,227	,729	-,267	-3,054	,003
	SQC Skalenscore	,239	,094	,250	2,544	,013
	Schutzbedürftigkeit					

a. Abhängige Variable: SDQ Gesamtproblemwert

Hypothese 15

Allgemeines Lineares Modell

Multivariate Tests^b

Effekt		Wert	F	Hypothese df	Fehler df	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Konstanter Term	Pillai-Spur	,991	2193,797 ^a	6,000	121,000	,000	,991
	Wilks-Lambda	,009	2193,797 ^a	6,000	121,000	,000	,991
	Hotelling-Spur	108,783	2193,797 ^a	6,000	121,000	,000	,991
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	108,783	2193,797 ^a	6,000	121,000	,000	,991
gruppe	Pillai-Spur	,068	1,472 ^a	6,000	121,000	,193	,068
	Wilks-Lambda	,932	1,472 ^a	6,000	121,000	,193	,068
	Hotelling-Spur	,073	1,472 ^a	6,000	121,000	,193	,068
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,073	1,472 ^a	6,000	121,000	,193	,068
q1_sex	Pillai-Spur	,105	2,365 ^a	6,000	121,000	,034	,105
	Wilks-Lambda	,895	2,365 ^a	6,000	121,000	,034	,105
	Hotelling-Spur	,117	2,365 ^a	6,000	121,000	,034	,105
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,117	2,365 ^a	6,000	121,000	,034	,105
gruppe * q1_sex	Pillai-Spur	,043	,904 ^a	6,000	121,000	,494	,043
	Wilks-Lambda	,957	,904 ^a	6,000	121,000	,494	,043
	Hotelling-Spur	,045	,904 ^a	6,000	121,000	,494	,043
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,045	,904 ^a	6,000	121,000	,494	,043

a. Exakte Statistik

b. Design: Konstanter Term + gruppe + q1_sex + gruppe * q1_sex

Tests der Zwischensubjekteffekte

Quelle	Abhängige Variable	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta- Quadrat
Korrigiertes Modell	FAM FAMILIE Kontrolle	80,934 ^a	3	26,978	1,036	,379	,024
	FAM FAMILIE Kommunikation	121,279 ^b	3	40,426	1,192	,315	,028
	FAM FAMILIE Werte und Normen	58,616 ^c	3	19,539	,618	,605	,014
	FAM FAMILIE Investment	81,971 ^d	3	27,324	1,026	,384	,024
	FBS FAMILIE Verlaesslichkeit	183,883 ^e	3	61,294	1,609	,191	,037
	FBS FAMILIE Emotionale Ambivalenz	173,538 ^f	3	57,846	2,837	,041	,063
Konstanter Term	FAM FAMILIE Kontrolle	50326,357	1	50326,357	1932,169	,000	,939
	FAM FAMILIE Kommunikation	109698,852	1	109698,852	3235,886	,000	,963
	FAM FAMILIE Werte und Normen	100322,592	1	100322,592	3171,653	,000	,962
	FAM FAMILIE Investment	83926,049	1	83926,049	3150,546	,000	,962
	FBS FAMILIE Verlaesslichkeit	108120,943	1	108120,943	2837,737	,000	,957
	FBS FAMILIE Emotionale Ambivalenz	26549,558	1	26549,558	1302,318	,000	,912
gruppe	FAM FAMILIE Kontrolle	45,228	1	45,228	1,736	,190	,014
	FAM FAMILIE Kommunikation	49,620	1	49,620	1,464	,229	,011
	FAM FAMILIE Werte und Normen	24,656	1	24,656	,779	,379	,006
	FAM FAMILIE Investment	1,458	1	1,458	,055	,815	,000
	FBS FAMILIE Verlaesslichkeit	9,583	1	9,583	,252	,617	,002
	FBS FAMILIE Emotionale Ambivalenz	,007	1	,007	,000	,985	,000

q1_sex	FAM FAMILIE Kontrolle	15,904	1	15,904	,611	,436	,005
	FAM FAMILIE Kommunikation	41,050	1	41,050	1,211	,273	,010
	FAM FAMILIE Werte und Normen	28,171	1	28,171	,891	,347	,007
	FAM FAMILIE Investment	7,195	1	7,195	,270	,604	,002
	FBS FAMILIE Verlaesslichkeit	94,371	1	94,371	2,477	,118	,019
	FBS FAMILIE Emotionale	138,732	1	138,732	6,805	,010	,051
	Ambivalenz						
gruppe * q1_sex	FAM FAMILIE Kontrolle	17,413	1	17,413	,669	,415	,005
	FAM FAMILIE Kommunikation	14,855	1	14,855	,438	,509	,003
	FAM FAMILIE Werte und Normen	,455	1	,455	,014	,905	,000
	FAM FAMILIE Investment	76,124	1	76,124	2,858	,093	,022
	FBS FAMILIE Verlaesslichkeit	36,071	1	36,071	,947	,332	,007
	FBS FAMILIE Emotionale	5,481	1	5,481	,269	,605	,002
	Ambivalenz						
Fehler	FAM FAMILIE Kontrolle	3281,866	126	26,047			
	FAM FAMILIE Kommunikation	4271,490	126	33,901			
	FAM FAMILIE Werte und Normen	3985,507	126	31,631			
	FAM FAMILIE Investment	3356,460	126	26,639			
	FBS FAMILIE Verlaesslichkeit	4800,740	126	38,101			
	FBS FAMILIE Emotionale	2568,686	126	20,386			
	Ambivalenz						
Gesamt	FAM FAMILIE Kontrolle	59606,000	130				
	FAM FAMILIE Kommunikation	126242,000	130				
	FAM FAMILIE Werte und Normen	115238,000	130				
	FAM FAMILIE Investment	95954,000	130				
	FBS FAMILIE Verlaesslichkeit	123973,000	130				
	FBS FAMILIE Emotionale	32565,000	130				
	Ambivalenz						

Korrigierte Gesamtvariation	FAM FAMILIE Kontrolle	3362,800	129				
	FAM FAMILIE Kommunikation	4392,769	129				
	FAM FAMILIE Werte und Normen	4044,123	129				
	FAM FAMILIE Investment	3438,431	129				
	FBS FAMILIE Verlaesslichkeit	4984,623	129				
	FBS FAMILIE Emotionale	2742,223	129				
	Ambivalenz						

a. R-Quadrat = ,024 (korrigiertes R-Quadrat = ,001)

b. R-Quadrat = ,028 (korrigiertes R-Quadrat = ,004)

c. R-Quadrat = ,014 (korrigiertes R-Quadrat = -,009)

d. R-Quadrat = ,024 (korrigiertes R-Quadrat = ,001)

e. R-Quadrat = ,037 (korrigiertes R-Quadrat = ,014)

f. R-Quadrat = ,063 (korrigiertes R-Quadrat = ,041)

Deskriptive Statistiken

Gruppenzugehörigkeit		Geschlecht	Mittelwert	Standardabweichung	N
FBS FAMILIE Emotionale Ambivalenz	Untersuchungsgruppe	weiblich	15,89	4,774	27
		männlich	14,15	4,320	20
		Gesamt	15,15	4,620	47
	Kontrollgruppe	weiblich	16,30	5,028	46
		männlich	13,70	3,666	37
		Gesamt	15,14	4,633	83
	Gesamt	weiblich	16,15	4,907	73
		männlich	13,86	3,875	57
		Gesamt	15,15	4,611	130

Hypothese 16

Korrelationen (UG)

		FAM FAMILIE Kontrolle	FAM FAMILIE Kommunikation	FAM FAMILIE Werte und Normen	FAM FAMILIE Investment	FBS FAMILIE Verlaesslichkeit	FBS FAMILIE Emotionale Ambivalenz
SDQ	Korrelation nach	,359**	-,532**	-,592**	-,333**	-,271*	,535**
Gesamtproblemwert	Pearson						
	Signifikanz (2-seitig)	,004	,000	,000	,009	,039	,000
	N	61	61	57	61	58	58

		SDQ Emotionale Probleme	SDQ Verhaltensprobleme	SDQ Hyperaktivität	SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	SDQ Prosoziales Verhalten
FAM FAMILIE Kontrolle	Korrelation nach	,312*	,183	,266*	,177	-,095
	Pearson					
	Signifikanz (2-seitig)	,014	,158	,038	,172	,468
	N	61	61	61	61	61
FAM FAMILIE Kommunikation	Korrelation nach	-,475**	-,283*	-,244	-,410**	,166
	Pearson					
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,027	,058	,001	,200
	N	61	61	61	61	61
FAM FAMILIE Werte und Normen	Korrelation nach	-,468**	-,498**	-,308*	-,323*	,359**
	Pearson					
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,020	,014	,006
	N	57	57	57	57	57
FAM FAMILIE Investment	Korrelation nach	-,324*	-,149	-,033	-,389**	,224
	Pearson					
	Signifikanz (2-seitig)	,011	,252	,801	,002	,083
	N	61	61	61	61	61
FBS FAMILIE Verlaesslichkeit	Korrelation nach	-,330*	-,232	,052	-,229	,250
	Pearson					
	Signifikanz (2-seitig)	,011	,079	,699	,084	,059
	N	58	58	58	58	58
FBS FAMILIE Emotionale Ambivalenz	Korrelation nach	,627**	,188	,213	,386**	,025
	Pearson					
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,157	,108	,003	,850
	N	58	58	58	58	58

Korrelationen (KG)

		SDQ Gesamtproblemwert
FAM FAMILIE Kontrolle	Korrelation nach Pearson	,291**
	Signifikanz (2-seitig)	,004
	N	98
FAM FAMILIE Kommunikation	Korrelation nach Pearson	-,351**
	Signifikanz (2-seitig)	,000
	N	101
FAM FAMILIE Werte und Normen	Korrelation nach Pearson	-,238*
	Signifikanz (2-seitig)	,015
	N	103
FAM FAMILIE Investment	Korrelation nach Pearson	-,330**
	Signifikanz (2-seitig)	,001
	N	97
FBS FAMILIE Verlaesslichkeit	Korrelation nach Pearson	-,367**
	Signifikanz (2-seitig)	,000
	N	95
FBS FAMILIE Emotionale Ambivalenz	Korrelation nach Pearson	,299**
	Signifikanz (2-seitig)	,002
	N	102

		SDQ Emotionale Probleme	SDQ Verhaltensprobleme	SDQ Hyperaktivität	SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	SDQ Prosoziales Verhalten
FAM FAMILIE Kontrolle	Korrelation nach Pearson	,291**	,325**	,064	,034	-,207*
	Signifikanz (2-seitig)	,004	,001	,533	,737	,041
	N	98	98	98	98	98
FAM FAMILIE Kommunikation	Korrelation nach Pearson	-,371**	-,209*	-,184	-,006	,180
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,036	,066	,950	,071
	N	101	101	101	101	101
FAM FAMILIE Werte und Normen	Korrelation nach Pearson	-,186	-,186	-,286**	,149	,351**
	Signifikanz (2-seitig)	,060	,060	,003	,133	,000
	N	103	103	103	103	103
FAM FAMILIE Investment	Korrelation nach Pearson	-,340**	-,305**	-,216*	,133	,294**
	Signifikanz (2-seitig)	,001	,002	,033	,193	,003
	N	97	97	97	97	97

FBS FAMILIE Verlaesslichkeit	Korrelation nach	-,391**	-,095	-,285**	,019	,095
	Pearson					
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,358	,005	,856	,358
	N	95	95	95	95	95
FBS FAMILIE Emotionale Ambivalenz	Korrelation nach	,264**	,228*	,146	,072	-,021
	Pearson					
	Signifikanz (2-seitig)	,007	,021	,143	,475	,835
	N	102	102	102	102	102

Lineare Regressionsanalysen (Variablen der Eltern-Kind-Beziehung)

Regression (UG)

Aufgenommene/Entfernte Variablen^a

Modell	Aufgenommene Variablen	Entfernte Variablen	Methode
1	FAM FAMILIE Werte und Normen	.	Schrittweise Selektion (Kriterien: Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Aufnahme \leq ,050, Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Ausschluß \geq ,100).

a. Abhängige Variable: SDQ Gesamtproblemwert

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,467 ^a	,218	,195	4,272

a. Einflußvariablen : (Konstante), FAM FAMILIE Werte und Normen

ANOVA^b

Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	Regression	172,771	1	172,771	9,468	,004 ^a
	Nicht standardisierte Residuen	620,452	34	18,249		
	Gesamt	793,222	35			

a. Einflußvariablen : (Konstante), FAM FAMILIE Werte und Normen

b. Abhängige Variable: SDQ Gesamtproblemwert

Koeffizienten^a

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		RegressionskoeffizientB	Standardfehler	Beta		
1	(Konstante)	22,809	3,673		6,210	,000
	FAM FAMILIE Werte und Normen	-,405	,132	-,467	-3,077	,004

a. Abhängige Variable: SDQ Gesamtproblemwert

Regression (KG)**Aufgenommene/Entfernte Variablen^a**

Modell	Aufgenommene Variablen	Entfernte Variablen	Methode
1	FBS FAMILIE Verlaesslichkeit	.	Schrittweise Selektion (Kriterien: Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Aufnahme \leq ,050, Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Ausschluß \geq ,100).
2	Geschlecht	.	Schrittweise Selektion (Kriterien: Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Aufnahme \leq ,050, Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Ausschluß \geq ,100).

a. Abhängige Variable: SDQ Gesamtproblemwert

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,412 ^a	,170	,160	3,709
2	,464 ^b	,215	,196	3,627

a. Einflußvariablen : (Konstante), FBS FAMILIE Verlaesslichkeit

b. Einflußvariablen : (Konstante), FBS FAMILIE Verlaesslichkeit, Geschlecht

ANOVA^c

Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	Regression	233,729	1	233,729	16,995	,000 ^a
	Nicht standardisierte Residuen	1141,518	83	13,753		
	Gesamt	1375,247	84			
2	Regression	296,346	2	148,173	11,262	,000 ^b
	Nicht standardisierte Residuen	1078,901	82	13,157		
	Gesamt	1375,247	84			

a. Einflußvariablen : (Konstante), FBS FAMILIE Verlaesslichkeit

b. Einflußvariablen : (Konstante), FBS FAMILIE Verlaesslichkeit, Geschlecht

c. Abhängige Variable: SDQ Gesamtproblemwert

Koeffizienten^a

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		RegressionskoeffizientB	Standardfehler	Beta		
1	(Konstante)	17,603	1,910		9,217	,000
	FBS FAMILIE Verlaesslichkeit	-,253	,061	-,412	-4,122	,000
2	(Konstante)	19,200	2,006		9,569	,000
	FBS FAMILIE Verlaesslichkeit	-,222	,062	-,361	-3,587	,001
	Geschlecht	-1,781	,816	-,219	-2,182	,032

a. Abhängige Variable: SDQ Gesamtproblemwert

Lineare Regressionsanalysen (kognitive Variablen und Variablen der Eltern-Kind-Beziehung)

Regression (UG)

Aufgenommene/Entfernte Variablen^a

Modell	Aufgenommene Variablen	Entfernte Variablen	Methode
1	KIDCOPE 1: Ablenkung Häufigkeit	.	Schrittweise Selektion (Kriterien: Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Aufnahme \leq ,050, Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Ausschluß \geq ,100).

a. Abhängige Variable: SDQ Gesamtproblemwert

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
0 1	,602 ^a	,362	,338	4,186

a. Einflußvariablen : (Konstante), KIDCOPE 1: Ablenkung Häufigkeit

ANOVA^b

Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	Regression	258,871	1	258,871	14,775	,001 ^a
	Nicht standardisierte Residuen	455,557	26	17,521		
	Gesamt	714,429	27			

a. Einflußvariablen : (Konstante), KIDCOPE 1: Ablenkung Häufigkeit

b. Abhängige Variable: SDQ Gesamtproblemwert

Koeffizienten^a

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		RegressionskoeffizientB	Standardfehler	Beta		
1	(Konstante)	7,132	1,415		5,039	,000
	KIDCOPE 1: Ablenkung Häufigkeit	3,239	,843	,602	3,844	,001

a. Abhängige Variable: SDQ Gesamtproblemwert

Regression (KG)

Aufgenommene/Entfernte Variablen^a

Modell	Aufgenommene Variablen	Entfernte Variablen	Methode
1	FAG Score Skala Negative Selbstaussage	.	Schrittweise Selektion (Kriterien: Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Aufnahme \leq ,050, Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Ausschluß \geq ,100).
2	FAM FAMILIE Kommunikation	.	Schrittweise Selektion (Kriterien: Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Aufnahme \leq ,050, Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Ausschluß \geq ,100).

a. Abhängige Variable: SDQ Gesamtproblemwert

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,653 ^a	,427	,418	3,211
2	,690 ^b	,476	,459	3,094

a. Einflußvariablen : (Konstante), FAG Score Skala Negative Selbstaussage

b. Einflußvariablen : (Konstante), FAG Score Skala Negative Selbstaussage, FAM FAMILIE Kommunikation

ANOVA^c

Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	Regression	490,704	1	490,704	47,603	,000 ^a
	Nicht standardisierte Residuen	659,735	64	10,308		
	Gesamt	1150,439	65			
2	Regression	547,314	2	273,657	28,585	,000 ^b
	Nicht standardisierte Residuen	603,126	63	9,573		
	Gesamt	1150,439	65			

a. Einflußvariablen : (Konstante), FAG Score Skala Negative Selbstaussage

b. Einflußvariablen : (Konstante), FAG Score Skala Negative Selbstaussage, FAM FAMILIE Kommunikation

c. Abhängige Variable: SDQ Gesamtproblemwert

Koeffizienten^a

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		RegressionskoeffizientB	Standardfehler	Beta		
1	(Konstante)	4,352	,971		4,483	,000
	FAG Score Skala Negative Selbstaussage	,253	,037	,653	6,899	,000
2	(Konstante)	9,995	2,502		3,995	,000
	FAG Score Skala Negative Selbstaussage	,230	,037	,592	6,254	,000
	FAM FAMILIE Kommunikation	-,168	,069	-,230	-2,432	,018

a. Abhängige Variable: SDQ Gesamtproblemwert

Anhang 2:

Fragebogenheft für Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien (UG)

HALLO,

und vielen Dank, dass wir Dir unseren Fragebogen zuschicken dürfen und Du an unserer Befragung teilnimmst ☺!

Wir bitten Dich ganz herzlich, dir die Zeit zu nehmen, unseren Fragebogen auszufüllen und an uns zurückzusenden.

Wir freuen uns sehr, wenn Du mitmachst, denn durch Deine Mitarbeit unterstützt Du uns wirklich sehr!!!

WORUM GEHT`S?

Wir sind Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Katholischen Hochschule in Köln und führen eine Studie dazu durch, wie Jugendliche leben, was sie tun, was sie denken und wie sie mit schwierigen Situationen und Problemen umgehen.

Dabei geht es uns vor allem um Jugendliche, die mit Eltern zusammenleben, die Probleme mit Alkohol haben. Wir wenden uns an Dich, weil ein Elternteil von Dir wegen Problemen mit Alkohol in einer Behandlung war oder ist. Wir möchten gerne erfahren, wie es Dir damit geht und was Du darüber denkst.

Auf den folgenden Seiten stellen wir Dir einige Fragen, die Dich und Deine Eltern betreffen. Dabei geht es um unterschiedliche Bereiche, z.B. was Du in Deiner Freizeit machst, was Du über Dich selbst denkst und wie Du mit Deinen Eltern zurecht kommst. Ein anderer Teil des Fragebogens beschäftigt sich mit Alkohol, Tabak und anderen Drogen.

Alles, was Du hier angibst, wird streng vertraulich behandelt und bleibt anonym! Das heißt, dass weder Deine Eltern noch sonst irgendjemand jemals erfahren wird, was Du angekreuzt oder geschrieben hast!

DEINE MEINUNG IST UNS WICHTIG!

Für uns ist es sehr wichtig, dass Du jede Frage so gewissenhaft und ehrlich wie möglich beantwortest.

Dies ist kein Test und darum gibt es auch keine richtigen oder falschen Antworten.

Wenn Du den Fragebogen ganz ausgefüllt hast, schick ihn einfach in dem beiliegenden Umschlag an uns zurück.

WIE GEHT DAS AUSFÜLLEN?

Das Beantworten des Fragebogens ist ganz einfach und dauert ungefähr eine Stunde.

Bitte lies alle Fragen sorgfältig durch und entscheide dann, welche Antwortmöglichkeit am besten auf Dich zutrifft. Kreuze jeweils die für Dich zutreffende Antwortmöglichkeit in dem dafür vorgesehenen Kästchen an. Zum Beispiel:

Rauchst Du Zigaretten? ☐ Ja ☒ Nein

Wenn Du es schwierig findest, Dich zu entscheiden, dann wähle die Antwort aus, die am ehesten auf Dich zutrifft. Bitte mache dein Kreuz immer in einem der Kästchen und nicht zwischen den Kästchen, auch wenn Du Dich nicht zwischen zwei Antworten entscheiden kannst!

Bei manchen Fragen musst Du selbst etwas eintragen oder schreiben. Zum Beispiel:

Wie alt bist Du? 14 Jahre

Arbeitet Dein Vater? Ja, er arbeitet als: Elektriker

EIN DANKESCHÖN FÜR DICH ...

Wir haben als Dankeschön fürs Mitmachen eine kleine Überraschung für Dich mit in den Umschlag gelegt. Wir hoffen, dass sie Dir gefällt.

Zusätzlich verlosen wir unter allen Jugendlichen, die ihre ausgefüllten Fragebögen schnell an uns zurückgeschickt haben, tolle Preise!

Wenn Du an der Verlosung teilnehmen möchtest, schick bitte den vollständig ausgefüllten Fragebogen und Dein Los in dem beiliegenden Rückumschlag an uns zurück.

Wir hoffen, Du findest den Fragebogen interessant!

Wenn Du Fragen oder Anregungen hast,
kannst Du uns anrufen oder eine Email schreiben.
Wir nehmen uns gerne Zeit für Dich!

Diana Moesgen
Tel.: 0221-7757-173
E-Mail: d.moesgen@katho-nrw.de

Bitte hier
nichts
eintragen!

Nr.

Trage bitte zunächst Deinen persönlichen Code ein.

ACHTUNG – DEIN PERSÖNLICHER CODE

Bitte schreibe nicht deinen Namen auf diesen Fragebogen, sondern trage hier Deinen persönlichen Code ein!

Dein Code setzt sich aus den *ersten beiden Buchstaben Deines Vornamens*, *Deinem Geburtsmonat* und *Deiner Hausnummer* zusammen.

Hier ein Beispiel:

Julia Schmitz ist im September geboren und wohnt in der Schillerstrasse 17. Dies ergibt den Code: Ju0917.

Erste zwei Buchstaben des Vornamens	Geburtsmonat	Hausnummer	CODE
Ju	09	17	Ju0917

Jetzt schreibe hier **DEINEN CODE** auf:

Erste zwei Buchstaben des Vornamens	Geburtsmonat	Hausnummer	CODE

Auf der nächsten Seite geht es mit den Fragen los



HIER GEHT ES JETZT LOS:

Zu Beginn des Fragebogens möchten wir z.B. gerne wissen, wie alt Du bist und auf welche Schule Du gehst.

1

Du bist ein ...

- ☐ Mädchen
- ☐ Junge

2

Wie alt bist Du?

3

Welche Nationalität hast Du?

- ☐ Deutsch
- ☐ Andere: _____

4

Auf welche Schule gehst Du?

- ☐ Gymnasium
- ☐ Hauptschule
- ☐ Eine andere Schule: _____
- ☐ Gesamtschule
- ☐ Förderschule
- ☐ Ich gehe nicht mehr zur Schule, ich mache etwas
- ☐ Realschule
- ☐ Berufsschule
- Anderes (z.B. Ausbildung): _____

5

Welche Note entspricht/entsprach am ehesten Deiner Durchschnittsnote (in allen Unterrichtsfächern) am Ende des letzten Schuljahres? Kreuze bitte nur ein Kästchen an!

- ☐ Sehr gut (1)
- ☐ Befriedigend (3)
- ☐ Mangelhaft (5)
- ☐ Gut (2)
- ☐ Ausreichend (4)
- ☐ Ungenügend (6)

6

Leben Deine leiblichen Eltern zusammen?

- ☐ Ja, sie leben zusammen.
- ☐ Nein, sie leben nicht zusammen.

6a

Wenn Deine leiblichen Eltern nicht zusammen leben: Seit wann leben sie getrennt?

_____ Jahre

7

Wie viele Geschwister/Stiefgeschwister/Halbgeschwister hast Du? ← Bitte unterstreiche hier das, was auf dich zutrifft.

- ☐ Ich habe _____ Schwester/n.
- ☐ Ich habe _____ Bruder/Brüder.
- ☐ Ich habe keine Geschwister.

6b

Wenn Deine leiblichen Eltern getrennt leben, was trifft auf Deine Familie zu? Kreuze bitte alles an, was auf dich zutrifft.

- ☐ Meine Eltern sind geschieden.
- ☐ Meine Mutter hat einen neuen Partner.
- ☐ Mein Vater hat eine neue Partnerin.
- ☐ Etwas anderes:

8

Wenn Du Geschwister hast: Sind Deine Geschwister/Stiefgeschwister/Halbgeschwister ... wenn Du keine Geschwister hast, dann lasse diese Frage bitte aus!

- ☐ alle jünger als Du
- ☐ alle älter als Du
- ☐ sowohl jünger als auch älter

9

Mit wem lebst Du zurzeit zusammen in einem Haushalt? Ich lebe zusammen mit ... Kreuze hier bitte alles an, was auf Dich zutrifft.

- ☐ meiner leiblichen Mutter
- ☐ meiner Stiefmutter
- ☐ meiner Adoptiv-/Pflegemutter
- ☐ meinem leiblichen Vater
- ☐ meinem Stiefvater
- ☐ meiner Adoptiv-/Pflegevater
- ☐ meinen (Stief-/Halb-)Geschwistern
- ☐ der Partnerin meines Vaters
- ☐ andere Personen: _____
- ☐ anderen Verwandten: _____
- ☐ dem Partner meiner Mutter

!! ACHTUNG: Bei allen kommenden Fragen im Fragebogen, in denen nach Deinen „Eltern“, bzw. „Vater“ oder „Mutter“ gefragt wird, meinen wir die Erziehungspersonen, mit der Du in den letzten zwei Jahren hauptsächlich zusammengelebt hast. Es kann also auch Dein Stief-, Adoptiv- oder Pflegevater oder der Partner Deiner Mutter, der bei euch lebt gemeint sein bzw. Deine Stief-, Adoptiv- oder Pflegemutter oder die Partnerin Deines Vaters, die bei Euch lebt!

10

Arbeitet Dein Vater?

- ☐ Ja, er arbeitet als _____
- ☐ Er ist Hausmann.
- ☐ Nein, er ist arbeitslos.
- ☐ Nein, er arbeitet nicht, weil _____
- ☐ Ich habe keinen Vater.

11

Arbeitet Deine Mutter?

- ☐ Ja, sie arbeitet als _____
- ☐ Sie ist Hausfrau.
- ☐ Nein, sie ist arbeitslos.
- ☐ Nein, sie arbeitet nicht, weil _____
- ☐ Ich habe keine Mutter.

12

Was denkst Du? Im Vergleich zu anderen Familien, wie viel kann sich Deine Familie leisten?

- ☐ Meine Familie kann sich sehr viel mehr leisten.
- ☐ Meine Familie kann sich mehr leisten.
- ☐ Meine Familie kann sich gleich viel leisten.
- ☐ Meine Familie kann sich weniger leisten.
- ☐ Meine Familie kann sich viel weniger leisten.
- ☐ Ich weiss nicht./ Ich möchte diese Frage nicht beantworten. *(bitte Zutreffendes unterstreichen)*

Nun würden wir Dir gerne ein paar Fragen dazu stellen, was Du in Deiner Freizeit machst!

13

Wie lange beschäftigst Du Dich durchschnittlich pro Tag mit folgenden Dingen? *Kreuze bitte in jeder Zeile ein Kästchen an!*

		gar nicht	ungefähr 30 Min.	ungefähr 1-2 Stunden	ungefähr 3-4 Stunden	mehr als 4 Stunden
1	Fernsehen/Video/DVD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Spielkonsole (Playstation, Nintendo, XBOX usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Computer/Internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Musik hören	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Handy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14

Wie oft hast Du Dich in den letzten 7 Tagen für mindestens eine halbe Stunde körperlich betätigt? Mit körperlicher Betätigung meinen wir jegliche Aktivität, die dafür gesorgt hat, dass Dein Herz schneller schlägt oder dass Du schneller geatmet hast (z.B. durch Sport, Laufen, Spielen usw.).

An _____ Tagen.

15

Und wie oft betätigst Du Dich in einer ganz normalen Woche für mindestens eine halbe Stunde an körperlichen Aktivitäten?

An _____ Tagen.

Die nächsten Fragen beziehen sich auf Deine Ernährung!

16

Wie oft frühstückst Du normalerweise während der Woche (mehr als ein Glas Milch oder Saft)?

- ☐ nie
- ☐ an einem Tag
- ☐ an zwei oder drei Tagen
- ☐ an vier oder fünf Tagen
- ☐ an fünf oder sechs Tagen
- ☐ jeden Tag

17

Wie oft nimmst Du normalerweise folgende Lebensmittel zu Dir? Kreuze bitte in jeder Zeile ein Kästchen an!

	nie	weniger als 1 Mal pro Woche	1 Mal pro Woche	2-4 Mal pro Woche	5-6 Mal pro Woche	jeden Tag
1 Obst und Gemüse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Chips oder Süßigkeiten (Bonbons, Schokolade usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Pommes Frites, Pizza oder anderes Fastfood	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Cola oder andere zuckerhaltige Softdrinks	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18

Auch diese Fragen beziehen sich auf Dein Essverhalten. Kreuze bitte in jeder Zeile ein Kästchen an!

	ja	nein
1 Machst Du Dir Sorgen, weil Du manchmal nicht mit dem Essen aufhören kannst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Übergibst Du Dich, wenn Du Dich unangenehm voll findest?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Hast Du in der letzten Zeit mehr als 6kg in 3 Monaten abgenommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Findest Du Dich zu dick, während Dich andere zu dünn finden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Würdest Du sagen, dass Essen Dein Leben sehr beeinflusst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19

Wie groß bist Du?

Größe in cm: _____

20

Wie schwer bist Du?

Gewicht in kg: _____

Jetzt geht es um Deine Gesundheit!

21

Wie gesund fühlst Du Dich?

- ☐ überhaupt nicht gesund
- ☐ eher nicht gesund
- ☐ mal mehr, mal weniger gesund
- ☐ eher gesund
- ☐ sehr gesund

22

Leidest Du an körperlichen Krankheiten, die eine längere Zeit andauern (z.B. schwere Allergien, Asthma oder Herzprobleme)?

- ☐ Ja, ich habe/ich bin: _____

- ☐ Nein, ich habe keine solchen körperlichen Krankheiten.

23

Hier findest Du eine Liste mit Verhaltensweisen oder Problemen, die Jugendliche haben können. Nach jeder Eigenschaft findest Du die Ziffern 0,1, und 2. Bei jeder Eigenschaft, die für Dich jetzt oder in den letzten 6 Monate genau so oder häufig zutrifft, kreuzt Du bitte die Ziffer 2 an. Wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal zutrifft, kreuzt Du bitte die Ziffer 1 an und wenn sie für Dich nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworte bitte alle Fragen so gut Du kannst, auch wenn Dir einige unpassend erscheinen.

		0= nicht zutreffend	1= etwas oder manchmal zutreffend	2= genau oder häufig zutreffend
1	Ich fühle mich schwindelig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Ich bin immer müde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Ich habe folgende Beschwerden <u>ohne körperliche Ursachen</u> :			
a)	Ich habe Schmerzen (<u>außer</u> Kopf- oder Bauchschmerzen).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b)	Ich habe Kopfschmerzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c)	Ich leide unter Übelkeit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d)	Ich habe Augenbeschwerden (<u>ausgenommen solche</u> , die durch Brille korrigiert sind); bitte beschreiben: _____ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e)	Ich habe Hautausschläge oder andere Hautprobleme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f)	Ich habe Bauchschmerzen oder Magenkrämpfe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g)	Ich leide unter Erbrechen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h)	andere Beschwerden; bitte beschreiben: _____ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Ich habe mich absichtlich verletzt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Ich denke darüber nach mich umzubringen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Ich habe versucht, mich umzubringen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24

Wurdest Du schon einmal wegen einem psychischen Problem behandelt, d.h. bist Du schon einmal zu einem Psychologen, Psychotherapeuten, Psychiater oder Berater gegangen oder musstest Du wegen eines psychischen Problems Medikamente einnehmen? Bitte kreuze alles Zutreffende an!

- ☐ Ja, früher. Wegen welchem Problem warst Du in Behandlung und welche Behandlung hast Du erhalten?

- ☐ Ja, aktuell. Wegen welchem Problem bist Du in Behandlung und welche Behandlung erhältst Du?

- ☐ Nein, noch nie.

Hier folgt eine Liste von Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Jugendlichen auftreten können. Bitte markiere zu jedem Punkt „Nicht zutreffend“, „Teilweise zutreffend“ oder „Eindeutig zutreffend“. Beantworte bitte alle Fragen so gut Du kannst, selbst wenn Du Dir nicht ganz sicher bist oder Dir eine Frage merkwürdig vorkommt. Überlege bitte bei der Antwort, wie es Dir im letzten halben Jahr ging.

		Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
1	Ich versuche, nett zu anderen Menschen zu sein, ihre Gefühle sind mir wichtig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Ich bin oft unruhig; ich kann nicht lange stillsitzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Ich habe häufig Kopf- oder Bauchschmerzen; mir wird oft schlecht. <i>Bitte alles Zutreffende unterstreichen!</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Ich teile normalerweise mit Anderen (z.B. Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Ich werde leicht wütend, ich verliere oft meine Beherrschung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Ich bin meistens für mich alleine; ich beschäftige mich lieber mit mir selbst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Normalerweise tue ich, was man mir sagt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Ich mache mir häufig Sorgen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Ich bin hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder traurig sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Ich bin dauernd in Bewegung und zappelig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Ich habe einen oder mehrere gute Freunde oder Freundinnen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Ich schlage mich häufig; ich kann Andere zwingen zu tun, was ich will. <i>Bitte das Zutreffende unterstreichen!</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Ich bin oft unglücklich oder niedergeschlagen; ich muss häufig weinen. <i>Bitte das Zutreffende unterstreichen!</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Im Allgemeinen bin ich bei Gleichaltrigen beliebt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Ich lasse mich leicht ablenken; ich finde es schwer, mich zu konzentrieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Neue Situationen machen mich nervös; ich verliere leicht das Selbstvertrauen. <i>Bitte alles Zutreffende unterstreichen!</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Ich bin nett zu jüngeren Kindern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Anderer behaupten oft, dass ich lüge oder mogele.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Ich werde von anderen gehänselt oder schikaniert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Ich helfe anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder Gleichaltrigen).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	Ich denke nach, bevor ich handele.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	Ich nehme Dinge, die mir nicht gehören (von zu Hause, in der Schule oder anderswo).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	Ich komme besser mit Erwachsenen aus als mit Gleichaltrigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	Ich habe viele Ängste, ich fürchte mich leicht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25	Was ich angefangen habe, mache ich zu Ende; ich kann mich lange genug konzentrieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26	Gibt es noch etwas, was Du erwähnen möchtest?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26

Was glaubst Du: warum ist Deine Gesundheit so, wie sie im Moment ist?

Jetzt hast Du schon eine Menge Fragen beantwortet!

In dem folgenden Teil geht es um Zigaretten, Alkohol und andere Drogen. Du kannst ganz sicher sein, dass niemand erfährt, was Du hier antwortest! Zuerst geht es um Zigaretten.

27

Hast Du schon einmal Zigaretten geraucht? *Bitte kreuze hier nur ein Kästchen an.*

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Nein, noch nie | <input type="radio"/> Ja, ich rauche ab und zu Zigaretten. |
| <input type="radio"/> Ja, aber nur einmal probiert | <input type="radio"/> Ja, ich rauche regelmäßig Zigaretten. |
| <input type="radio"/> Ja, aber ich habe damit wieder aufgehört, weil _____ | |

Wenn Du keine Zigaretten rauchst, nur einmal probiert hast oder wieder damit aufgehört hast, mache bitte bei Frage 30 weiter.

Wenn Du Zigaretten rauchst, mache bitte bei Frage 28 weiter.

28

Wie viele Zigaretten hast Du im letzten Monat pro Tag geraucht?

Pro Tag habe ich ca. _____ Zigaretten geraucht.

29

Warum rauchst Du Zigaretten? *Kreuze hier bitte alles an, was auf Dich zutrifft.*

- ☐ Weil ich es cool finde, zu rauchen.
- ☐ Um mal was Neues und Aufregendes zu erleben.
- ☐ Weil es mir einfach schmeckt.
- ☐ Weil es erwachsen macht.
- ☐ Weil meine Freundinnen und Freunde es auch tun.
- ☐ Weil ich süchtig bin und nicht mehr aufhören kann.
- ☐ Weil es mich entspannt.
- ☐ Aus anderen Gründen. Welche Gründe?

34

Was (glaubst Du) passiert, wenn Du Alkohol trinkst?

Wenn ich Alkohol getrunken habe fühle ich mich...		stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	weder noch	stimme eher zu	stimme völlig zu
1	munter.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	lustig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	fröhlich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	locker.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	gesprächig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	traurig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	unwohl.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	elend.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	schlecht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	dumm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Die nächsten Fragen beschäftigen sich mit illegalen Drogen.

35

Wie oft (wenn überhaupt) hast Du in Deinem ganzen Leben schon einmal illegale Drogen wie z.B. Haschisch/Marihuana, Ecstasy, Amphetamine, LSD, Pilze (Magic Mushrooms) oder Kokain genommen? *Kreuze bitte in jeder Zeile ein Kästchen an.*

In meinem ganzen Leben habe ich ...		nie	1-4 Mal	5-8 Mal	9-12 Mal	13 Mal od. mehr
1	Haschisch/Marihuana geraucht/gegessen/getrunken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Ecstasy genommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Amphetamine, wie z.B. Speed genommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	LSD/Pilze (Magic Mushrooms) genommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Kokain genommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Andere illegale Drogen genommen, nämlich: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn Du überall „nie“ angekreuzt hast, also wenn Du keine illegalen Drogen nimmst, mache bitte bei Frage 38 weiter.

Wenn Du schon einmal illegale Drogen genommen hast, mache bitte bei Frage 36 weiter.

Wie häufig hast Du im letzten Monat folgende Drogen genommen? Kreuze bitte in jeder Zeile ein Kästchen an.

37

- Weil ich es cool finde, Drogen zu nehmen.
- Weil ich dann Glücksgefühle erlebe.
- Weil ich dann den Alltag vergessen und abschalten kann.
- Weil ich Musik und andere Dinge dann anders wahrnehme.
- Weil ich dann körperlich ein sehr gutes Gefühl erlebe.
- Weil ich dann ein viel besseres Gemeinschaftsgefühl erlebe.
- Um was Aufregendes und Neues zu erleben.
- Um meine Probleme zu vergessen.
- Weil es einfach Spaß macht.
- Weil meine Freundinnen und Freunde es auch tun.
- Weil es mir hilft, wenn ich niedergeschlagen oder gereizt bin.
- Weil dadurch Parties besser werden.
- Aus anderen Gründen. Welche Gründe?

Wie alt warst Du als Du das erste Mal Alkohol getrunken, Zigaretten geraucht oder Drogen genommen bzw. probiert hast? Bitte kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

[illegible]

Bei den nächsten Fragen geht es um Deine Eltern. Zunächst möchten wir gerne mehr über Deine Beziehung zu Deinen Eltern erfahren. Bitte denke daran, dass mit „Vater“ oder „Mutter“ immer auch Dein Stiefvater, Adoptivvater, Pflegevater oder der Partner Deiner Mutter bzw. Deine Stiefmutter, Adoptivmutter, Pflegemutter oder die Partnerin Deines Vaters gemeint sein kann! Es geht auf jeden Fall jeweils um die Personen, mit denen Du in den letzten zwei Jahren hauptsächlich zusammengelebt hast!

39

Zuerst geht es um Dein Verhältnis zu Deiner Mutter. Bitte lies die Aussagen sorgfältig durch und kreuze dann in jeder Zeile an, inwiefern die Aussage auf eure Beziehung zutrifft. Wenn Du keine Mutter hast, dann lasse diese Frage bitte aus!

		stimmt gar nicht	stimmt eher nicht	stimmt ein wenig	stimmt genau
1	Meine Mutter und ich haben die gleichen Ansichten darüber, was man tun muss, um ein erfolgreiches Leben zu führen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Meine Mutter kümmert sich zuviel um das, was ich mache.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Ich bemühe mich darum, möglichst viel Zeit mit ihr allein zu verbringen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Es ist mir nicht so wichtig, dass wir bei einer Meinungsverschiedenheit zu einer gemeinsamen Lösung kommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Wenn ich mich aufrege, weiß ich, dass sie sich wirklich Gedanken darum macht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Sie mischt sich zu sehr in meine Angelegenheiten ein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Ich bin mir nicht sicher, ob sie mich genauso mag, wie ich sie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Ich kann ihr gegenüber meine Gefühle und Stimmungen offen zeigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Wenn ich ihr etwas erzähle, hört sie mir oft nicht richtig zu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Sie lässt mich meine eigenen Entscheidungen treffen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Wenn ich vor einer Schwierigkeit stehe, dann ist sie es, die mir hilft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Sie regt sich nicht übermäßig auf, wenn ich einen Fehler mache.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Sie zeigt mir ihre Gefühle zu wenig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Ich nehme mir nicht genug Zeit, um ihr zuzuhören.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Ich stimme mit ihr überein, was richtig und falsch ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Wenn ich mit ihr reden will, ist sie immer für mich da.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Ich kann mich mit ihr richtig gut über meine alltäglichen Erlebnisse unterhalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Ich mache manche Dinge nur, damit sie mich lobt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Mit ihr bin ich selten der gleichen Ansicht, was man tun sollte und was nicht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Ich bemühe mich, ihre Erwartungen zu erfüllen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	Wenn ich ihr etwas erzählen will, lässt sie mich oft nicht ausreden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	Ich stimme mit ihr überein, wann eine Situation in der Familie als ernst anzusehen ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	Sie meckert ständig an mir herum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	Mit ihr kann ich mich immer gut unterhalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25	Wenn ich ihr meine Meinung offen sage, führt das oft zu einem Streit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26	Wenn es ein Problem zwischen uns gibt, so findet sie immer einen vernünftigen Weg, um zu einer Lösung zu gelangen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27	Es kommt öfter vor, dass ich sie umarmen möchte, es dann aber doch nicht tue.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28	Ich habe anderen Ansichten als sie darüber, was für Schule und Beruf wichtig ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29	Ich nehme mir immer genügend Zeit für sie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jetzt geht es um Dein Verhältnis zu deinem Vater. Wenn du keinen Vater hast, dann lasse diese Frage bitte aus!

		stimmt gar nicht	stimmt eher nicht	stimmt ein wenig	stimmt genau
1	Mein Vater und ich haben die gleichen Ansichten darüber, was man tun muss, um ein erfolgreiches Leben zu führen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Mein Vater kümmert sich zuviel um das, was ich mache.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Ich bemühe mich darum, möglichst viel Zeit mit ihm allein zu verbringen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Es ist mir nicht so wichtig, dass wir bei einer Meinungsverschiedenheit zu einer gemeinsamen Lösung kommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Wenn ich mich aufrege, weiß ich, dass er sich wirklich Gedanken darum macht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Er mischt sich zu sehr in meine Angelegenheiten ein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Ich bin mir nicht sicher, ob er mich genauso mag, wie ich ihn.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Ich kann ihm gegenüber meine Gefühle und Stimmungen offen zeigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Wenn ich ihm etwas erzähle, hört er mir oft nicht richtig zu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Er lässt mich meine eigenen Entscheidungen treffen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Wenn ich vor einer Schwierigkeit stehe, dann ist er es, der mir hilft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Er regt sich nicht übermäßig auf, wenn ich einen Fehler mache.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Er zeigt mir seine Gefühle zu wenig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Ich nehme mir nicht genug Zeit, um ihm zuzuhören.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Ich stimme mit ihm überein, was richtig und falsch ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Wenn ich mit ihm reden will, ist er immer für mich da.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Ich kann mich mit ihm richtig gut über meine alltäglichen Erlebnisse unterhalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Ich mache manche Dinge nur, damit er mich lobt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Mit ihm bin ich selten der gleichen Ansicht, was man tun sollte und was nicht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Ich bemühe mich, seine Erwartungen zu erfüllen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	Wenn ich ihm etwas erzählen will, lässt er mich oft nicht ausreden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	Ich stimme mit ihm überein, wann eine Situation in der Familie als ernst anzusehen ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	Er meckert ständig an mir herum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	Mit ihm kann ich mich immer gut unterhalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25	Wenn ich ihm meine Meinung offen sage, führt das oft zu einem Streit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26	Wenn es ein Problem zwischen uns gibt, so findet er immer einen vernünftigen Weg, um zu einer Lösung zu gelangen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27	Es kommt öfter vor, dass ich ihn umarmen möchte, es dann aber doch nicht tue.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28	Ich habe anderen Ansichten als er darüber, was für Schule und Beruf wichtig ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29	Ich nehme mir immer genügend Zeit für ihn.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Super! Die meisten Fragen hast du nun schon beantwortet ☺!

Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit der Gesundheit Deiner Eltern. Dabei geht es vor allem um Alkoholprobleme!

41

Hat Dein Vater oder Deine Mutter schwere körperliche Krankheiten, wie z.B. schwere Allergien, Asthma, Herzprobleme oder Krebs? Bitte kreuze alles Zutreffende an!

- ☐ Ja, mein Vater. Er hat/ist _____
- ☐ Ja, meine Mutter. Sie hat/ist _____
- ☐ Das weiß ich nicht genau.
- ☐ Meine Eltern haben keine schweren körperlichen Krankheiten.

42

Hat Dein Vater oder Deine Mutter psychische Probleme, z.B. hat er/sie sehr große Angst, ist ganz traurig oder verhält sich komisch? Bitte kreuze alles Zutreffende an!

- ☐ Ja, mein Vater. Er hat/ist _____
- ☐ Ja, meine Mutter. Sie hat/ist _____
- ☐ Das weiß ich nicht genau.
- ☐ Meine Eltern haben keine psychischen Probleme.

43

Hat Dein Vater oder Deine Mutter Probleme mit Alkohol? Bitte kreuze alles Zutreffende an!

- ☐ Ja, mein Vater.
- ☐ Ja, meine Mutter.
- ☐ Das weiß ich nicht genau.
- ☐ Meine Eltern haben keine Probleme mit Alkohol.

44

Jetzt folgen einige Aussagen, die Deine Gefühle und Dein Verhalten in Bezug auf das Alkoholtrinken Deiner Eltern beschreiben könnten. Bitte kreuze in jeder Zeile mindestens ein Kästchen an. Denke wieder daran, dass mit „Vater“ oder „Mutter“ immer auch Dein Stiefvater, Pflegevater oder der Partner Deiner Mutter bzw. Deine Stiefmutter, Pflegemutter oder die Partnerin Deines Vaters gemeint sein kann! Es geht also wieder um die Erziehungspersonen, mit denen Du in den letzten zwei Jahren hauptsächlich zusammengelebt hast.

		Ja, mein Vater	Ja, meine Mutter	Nein
1	Ich habe schon einmal daran gedacht, dass mein Vater bzw. meine Mutter ein Alkoholproblem haben könnte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Ich habe schon einmal meinen Vater bzw. meine Mutter aufgefordert, mit dem Alkoholtrinken aufzuhören.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Ich habe mich schon einmal mit meinem Vater bzw. meiner Mutter gestritten oder geschlagen, wenn er oder sie getrunken hatte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Ich habe schon einmal gehört, dass sich meine Eltern streiten oder geprügelt haben, wenn einer betrunken war. Wer war betrunken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Ich wollte schon einmal den Alkohol meines Vaters bzw. meiner Mutter zu Hause verstecken oder ausschütten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Ich habe mir schon einmal gewünscht, dass mein Vater bzw. meine Mutter mit dem Trinken aufhören soll.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fortsetzung	Ja, mein Vater	Ja, meine Mutter	Nein
7 Ich habe mir viele Gedanken über das Trinken meines Vaters bzw. meiner Mutter gemacht und über die Schwierigkeiten, die dadurch entstehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Ich habe schon einmal gedacht, dass ich verantwortlich bin oder Schuld habe am Trinken meines Vaters bzw. meiner Mutter.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Ich habe schon einmal geglaubt, dass mein Vater oder meine Mutter meiner wegen trinkt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Ich habe mich schon einmal über das Trinken meines Vaters bzw. meiner Mutter geärgert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Ich habe mir schon einmal Sorgen über die Gesundheit meines Vaters bzw. meiner Mutter gemacht, weil er bzw. sie Alkohol trinkt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Mir ist schon einmal die Schuld daran gegeben worden, dass mein Vater bzw. meine Mutter Alkohol trinkt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Ich habe schon einmal daran gedacht, dass mein Vater bzw. meine Mutter Alkoholiker bzw. Alkoholikerin ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Ich habe mir schon einmal gewünscht, dass es bei uns zu Hause so wäre wie bei Freunden, deren Eltern nicht trinken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Ich habe mir schon einmal gewünscht, dass es jemanden gäbe, mit dem ich reden könnte und der die vom Alkohol verursachten Probleme in unserer Familie verstehen und lösen könnte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Ich habe mich schon einmal für das Trinken meines Vaters bzw. meiner Mutter geschämt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Meine Gedanken kreisen oft um das Trinken meines Vaters bzw. meiner Mutter.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Das Trinken meines Vaters bzw. meiner Mutter hat mir schon einmal Angst gemacht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Denkst Du, dass...

	nie	selten	manchmal	oft	immer
1 Du das Alkoholproblem Deines Elternteils verursacht hast?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Du das Trinken Deines Elternteils kontrollieren musst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Du das Alkoholproblem Deines Elternteils heilen musst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hast Du in den letzten zwei Jahren mit dem Elternteil, der Alkoholprobleme hat, zusammengelebt?

- ☐ Ja, die ganze Zeit.
- ☐ Ja, länger als ein Jahr.
- ☐ Ja, länger als ein halbes Jahr.
- ☐ Ja, aber weniger als ein halbes Jahr
- ☐ Nein.

Kannst Du Dich daran erinnern, seit wann das Alkoholtrinken Deines Vaters bzw. Deiner Mutter ein Problem für dich ist? Bitte kreuze alles Zutreffende an.

- ☐ Ja, Vater: ungefähr seit meinem _____ Lebensjahr.
- ☐ Ja, Mutter: ungefähr seit meinem _____ Lebensjahr.
- ☐ Nein, ich kann mich nicht daran erinnern.

Wie war es im letzten Jahr? Hat Dein Elternteil, der Alkoholprobleme hat, ...

- mehr getrunken als sonst?
- gleich viel getrunken?
- weniger getrunken als sonst?
- (fast) gar nicht getrunken?
- das weiss ich nicht so genau.

Gleich hast Du es geschafft! Bei den nächsten Fragen geht es darum, wie Du mit Problemen umgehst.

Bitte beschreibe jetzt ein Problem, welches Dich in letzter Zeit öfters beschäftigt hat (z.B. Probleme in der Schule, mit Freundinnen oder Freunden oder mit Deiner Familie). Es sollte allerdings nichts mit dem Alkoholtrinken Deines Elternteils zu tun haben.

Wie gehst Du mit diesem Problem um? Du findest hier einige Möglichkeiten aufgelistet, was Du tun kannst, wenn Du dieses Problem hast. Bitte kreuze in jeder Zeile an, wie häufig Du das machst und wie sehr Dir das hilft!

[illegible]

Fortsetzung	Wie häufig machst du das?				Wie sehr hilft dir das?				
	nie	manchmal	oft	meistens	überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich viel	viel
6 Ich denke über mögliche Problemlösungen nach; spreche mit anderen, um Fakten und Informationen über das Problem zu erhalten und/oder versuche, das Problem wirklich zu lösen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Ich spreche darüber wie ich fühle; schreie, brülle oder zerschlage etwas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Ich versuche, mich zu beruhigen, indem ich mit mir selber spreche, bete, spazieren gehe oder mich lediglich zu entspannen versuche.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Ich denke und wünsche, dass dies niemals geschehen wäre und/oder dass ich das, was passiert ist, verändern könnte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Ich wende mich meiner Familie, meinen Freunden oder anderen Erwachsenen zu, damit sie mir helfen, mich besser zu fühlen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Ich akzeptiere das Problem, denn ich weiß, ich kann nichts dagegen tun.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jetzt kommen die letzten Fragen ☺!

Bei diesen letzten Fragen möchten wir gerne wissen, wie Du über Dich selbst und über Dein Leben denkst!

Wie schaffst Du Dein Leben? Was stimmt für Dich? *Kreuze bitte in jeder Zeile ein Kästchen an.*

		stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
1	Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Auch bei überraschenden Erlebnissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[illegible]

Du findest hier einige Gedanken aufgelistet, die in den Köpfen von uns allen vorkommen. Bitte lies jeden Gedanken genau und kreuze an, wie oft Dir dieser Gedanke in der letzten Woche durch den Kopf ging!

		überhaupt nicht	manchmal	zum Teil	oft	die ganze Zeit
1	Ich bin stolz auf mich selbst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Warum gewinne ich nie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Niemand versteht mich!	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Ich fühle mich gut!	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Ich glaube, es geht nicht weiter.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Ich wünschte ich wäre ein besserer Mensch.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Ganz egal was passiert, ich weiß, ich werde es bewältigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Ich kann alles erreichen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Ich halte es nicht mehr aus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Was ist falsch an mir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Ich fühle mich wohl.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Ich bringe nichts auf Reihe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Ich vertraue mir, ich kann alles tun was ich mir vornehme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Was ist los mit mir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Ich bin sehr glücklich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Mein Leben ist ein einziges Chaos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Das ist super!	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Ich werde es nie schaffen!	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Ich fühle mich so hilflos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Irgendwas muss sich ändern!	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	Ich bin glücklicher als die meisten anderen Menschen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Der Fragebogen ist hier zu Ende 😊.
Bitte prüfe nochmals, ob Du alle Fragen beantwortet hast.**

Wenn Du uns noch etwas sagen möchtest, ...

**VIELEN DANK
FÜR DEINE ZEIT UND MÜHE 😊!**

**Jetzt schick bitte den Fragebogen und Dein Los schnell an uns zurück.
Wir freuen uns über Deine Post!**



Falls Du noch Fragen hast, kannst Du Dich gerne an uns wenden:

Diana Moesgen

Tel.: 0221-7757-173

E-Mail: d.moesgen@katho-nrw.de

Anhang 3:

Fragebogenheft für Kinder und Jugendliche aus unbelasteten Familien (KG)

HALLO,

und vielen Dank, dass Du an unserer Befragung teilnimmst ☺!

Wir bitten Dich ganz herzlich, jetzt in Ruhe unseren Fragebogen auszufüllen und dann an uns zurückzugeben.

Wir freuen uns sehr, dass Du mitmachst, denn durch deine Mitarbeit unterstützt Du uns wirklich sehr!!!

WORUM GEHT`S?

Wir sind Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Katholischen Hochschule in Köln und führen eine Studie dazu durch, wie Jugendliche leben, was sie tun, was sie denken und wie sie mit schwierigen Situationen und Problemen umgehen.

Auf den folgenden Seiten stellen wir dir einige Fragen, die Dich und Deine Eltern betreffen. Dabei geht es um unterschiedliche Bereiche, z.B. was Du in Deiner Freizeit machst, wie Du über Dich selbst denkst und wie Du mit Deinen Eltern zurecht kommst. Ein anderer Teil des Fragebogens beschäftigt sich mit Alkohol, Tabak und anderen Drogen.

Alles, was Du hier angibst, wird streng vertraulich behandelt und bleibt anonym! Das heißt, dass weder Deine Eltern noch Deine Lehrer noch sonst irgendjemand jemals erfahren werden, was Du angekreuzt oder geschrieben hast!

DEINE MEINUNG IST UNS WICHTIG!

Für uns ist es sehr wichtig, dass Du jede Frage so gewissenhaft und ehrlich wie möglich beantwortest.

Dies ist kein Test und darum gibt es auch keine richtigen oder falschen Antworten.

Wenn Du den Fragebogen ganz ausgefüllt hast, gib ihn bitte an uns zurück.

WIE GEHT DAS AUSFÜLLEN?

Das Beantworten des Fragebogens ist ganz einfach und dauert ungefähr eine Stunde.

Bitte lies alle Fragen sorgfältig durch und entscheide dann, welche Antwortmöglichkeit am besten auf Dich zutrifft. Kreuze jeweils die für Dich zutreffende Antwortmöglichkeit in dem dafür vorgesehenen Kästchen an. Zum Beispiel:

Rauchst Du Zigaretten? ☐ Ja ☒ Nein

Wenn Du es schwierig findest, Dich zu entscheiden, dann wähle die Antwort aus, die am ehesten auf Dich zutrifft. Bitte mache Dein Kreuz immer in einem der Kästchen und nicht zwischen den Kästchen, auch wenn Du Dich nicht zwischen zwei Antworten entscheiden kannst!

Bei manchen Fragen musst Du selbst etwas eintragen oder schreiben. Zum Beispiel:

Wie alt bist Du? 14 Jahre

Arbeitet Dein Vater? Ja, er arbeitet als: Elektriker

EIN DANKESCHÖN FÜR DICH ...

Als Dankeschön verlosen wir unter allen Jugendlichen, die an unserer Studie teilnehmen, tolle Preise!

Wenn Du an der Verlosung teilnehmen möchtest, fülle bitte das beiliegende Los aus und gib es an uns zurück.

Wir hoffen, Du findest den Fragebogen interessant!

**Wenn Du Fragen oder Anregungen hast,
kannst Du uns anrufen oder eine E-Mail schreiben.
Wir nehmen uns gerne Zeit für Dich!**

Diana Moesgen

Tel.: 0221-7757-173

E-Mail: d.moesgen@katho-nrw.de

Bitte hier
nichts
eintragen!

Nr.

Trage bitte zunächst Deinen persönlichen Code ein.

ACHTUNG – DEIN PERSÖNLICHER CODE

Bitte schreibe nicht Deinen Namen auf diesen Fragebogen, sondern trage hier Deinen persönlichen Code ein!

Dein Code setzt sich aus den *ersten beiden Buchstaben Deines Vornamens*, *Deinem Geburtsmonat* und *Deiner Hausnummer* zusammen.

Hier ein Beispiel:

Julia Schmitz ist im September geboren und wohnt in der Schillerstrasse 17. Dies ergibt den Code: Ju0917.

Erste zwei Buchstaben des Vornamens	Geburtsmonat	Hausnummer	CODE
Ju	09	17	Ju0917

Jetzt schreibe hier **DEINEN CODE** auf:

Erste zwei Buchstaben des Vornamens	Geburtsmonat	Hausnummer	CODE

Auf der nächsten Seite geht es mit den Fragen los



HIER GEHT ES JETZT LOS:

Zu Beginn des Fragebogens möchten wir z.B. gerne wissen, wie alt Du bist und auf welche Schule Du gehst.

1 Du bist ein ...

- ☐ Mädchen
- ☐ Junge

2 Wie alt bist Du?

3 Welche Nationalität hast Du?

- ☐ Deutsch
- ☐ Andere: _____

4 Auf welche Schule gehst Du?

- ☐ Gymnasium
- ☐ Gesamtschule
- ☐ Realschule
- ☐ Hauptschule
- ☐ Förderschule
- ☐ Berufsschule
- ☐ Eine andere Schule: _____
- ☐ Ich gehe nicht mehr zur Schule, ich mache etwas Anderes (z.B. Ausbildung): _____

5 Welche Note entspricht/entsprach am ehesten Deiner Durchschnittsnote (in allen Unterrichtsfächern) am Ende des letzten Schuljahres? *Kreuze bitte nur ein Kästchen an!*

- ☐ Sehr gut (1)
- ☐ Gut (2)
- ☐ Befriedigend (3)
- ☐ Ausreichend (4)
- ☐ Mangelhaft (5)
- ☐ Ungenügend (6)

6 Leben Deine leiblichen Eltern zusammen?

- ☐ Ja, sie leben zusammen.
- ☐ Nein, sie leben nicht zusammen.

6a Wenn Deine leiblichen Eltern nicht zusammen leben: Seit wann leben sie getrennt?

_____ Jahre

7 Wie viele Geschwister/Stiefgeschwister/Halbgeschwister hast Du? *← Bitte unterstreiche hier das, was auf Dich zutrifft.*

- ☐ Ich habe _____ Schwester/n.
- ☐ Ich habe _____ Bruder/Brüder.
- ☐ Ich habe keine Geschwister.

6b Wenn Deine leiblichen Eltern getrennt leben, was trifft auf Deine Familie zu? *Kreuze bitte alles an, was auf Dich zutrifft.*

- ☐ Meine Eltern sind geschieden.
- ☐ Meine Mutter hat einen neuen Partner.
- ☐ Mein Vater hat eine neue Partnerin.
- ☐ Etwas anderes: _____

8 Wenn Du Geschwister hast: Sind Deine Geschwister/Stiefgeschwister/Halbgeschwister ... *wenn Du keine Geschwister hast, dann lasse diese Frage bitte aus!*

- ☐ alle jünger als du
- ☐ alle älter als du
- ☐ sowohl jünger als auch älter

9 Mit wem lebst Du zurzeit zusammen in einem Haushalt? Ich lebe zusammen mit ... *Kreuze hier bitte alles an, was auf Dich zutrifft.*

- ☐ meiner leiblichen Mutter
- ☐ meinem leiblichen Vater
- ☐ meinen (Stief-/Halb-)Geschwistern
- ☐ anderen Verwandten: _____
- ☐ meiner Stiefmutter
- ☐ meinem Stiefvater
- ☐ der Partnerin meines Vaters
- ☐ dem Partner meiner Mutter
- ☐ meiner Adoptiv-/Pflegemutter
- ☐ meiner Adoptiv-/Pflegevater
- ☐ andere Personen: _____

!! ACHTUNG: Bei allen kommenden Fragen im Fragebogen, in denen nach Deinen „Eltern“, bzw. „Vater“ oder „Mutter“ gefragt wird, meinen wir die Erziehungspersonen, mit der Du in den letzten zwei Jahren hauptsächlich zusammengelebt hast. Es kann also auch Dein Stief-, Adoptiv- oder Pflegevater oder der Partner Deiner Mutter, der bei Euch lebt gemeint sein bzw. Deine Stief-, Adoptiv- oder Pflegemutter oder die Partnerin Deines Vaters, die bei Euch lebt!

10

Arbeitet Dein Vater?

- ☐ Ja, er arbeitet als _____
- ☐ Er ist Hausmann.
- ☐ Nein, er ist arbeitslos.
- ☐ Nein, er arbeitet nicht, weil _____
- ☐ Ich habe keinen Vater.

11

Arbeitet Deine Mutter?

- ☐ Ja, sie arbeitet als _____
- ☐ Sie ist Hausfrau.
- ☐ Nein, sie ist arbeitslos.
- ☐ Nein, sie arbeitet nicht, weil _____
- ☐ Ich habe keine Mutter.

12

Was denkst Du? Im Vergleich zu anderen Familien, wie viel kann sich Deine Familie leisten?

- ☐ Meine Familie kann sich sehr viel mehr leisten.
- ☐ Meine Familie kann sich mehr leisten.
- ☐ Meine Familie kann sich gleich viel leisten.
- ☐ Meine Familie kann sich weniger leisten.
- ☐ Meine Familie kann sich viel weniger leisten.
- ☐ Ich weiss nicht./ Ich möchte diese Frage nicht beantworten. *(bitte Zutreffendes unterstreichen)*

Nun würden wir Dir gerne ein paar Fragen dazu stellen, was Du in Deiner Freizeit machst!

13

Wie lange beschäftigst Du Dich durchschnittlich pro Tag mit folgenden Dingen? Kreuze bitte in jeder Zeile ein Kästchen an!

		gar nicht	ungefähr 30 Min.	ungefähr 1-2 Stunden	ungefähr 3-4 Stunden	mehr als 4 Stunden
1	Fernsehen/Video/DVD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Spielkonsole (Playstation, Nintendo, XBOX usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Computer/Internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Musik hören	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Handy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14

Wie oft hast Du Dich in den letzten 7 Tagen für mindestens eine halbe Stunde körperlich betätigt? Mit körperlicher Betätigung meinen wir jegliche Aktivität, die dafür gesorgt hat, dass Dein Herz schneller schlägt oder dass Du schneller geatmet hast (z.B. durch Sport, Laufen, Spielen usw.).

An _____ Tagen.

15

Und wie oft betätigst Du Dich in einer ganz normalen Woche für mindestens eine halbe Stunde an körperlichen Aktivitäten?

An _____ Tagen.

Die nächsten Fragen beziehen sich auf Deine Ernährung!

16

Wie oft frühstückst Du normalerweise während der Woche (mehr als ein Glas Milch oder Saft)?

- ☐ nie
- ☐ an einem Tag
- ☐ an zwei oder drei Tagen
- ☐ an vier oder fünf Tagen
- ☐ an fünf oder sechs Tagen
- ☐ jeden Tag

17

Wie oft nimmst Du normalerweise folgende Lebensmittel zu dir? Kreuze bitte in jeder Zeile ein Kästchen an!

	nie	weniger als 1 Mal pro Woche	1 Mal pro Woche	2-4 Mal pro Woche	5-6 Mal pro Woche	jeden Tag
1 Obst und Gemüse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Chips oder Süßigkeiten (Bonbons, Schokolade usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Pommes Frites, Pizza oder anderes Fastfood	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Cola oder andere zuckerhaltige Softdrinks	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18

Auch diese Fragen beziehen sich auf Dein Essverhalten. Kreuze bitte in jeder Zeile ein Kästchen an!

	ja	nein
1 Machst Du Dir Sorgen, weil Du manchmal nicht mit dem Essen aufhören kannst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Übergibst Du Dich, wenn Du Dich unangenehm voll findest?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Hast Du in der letzten Zeit mehr als 6kg in 3 Monaten abgenommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Findest Du Dich zu dick, während Dich andere zu dünn finden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Würdest Du sagen, dass Essen Dein Leben sehr beeinflusst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19

Wie groß bist Du?

Größe in cm: _____

20

Wie schwer bist Du?

Gewicht in kg: _____

Jetzt geht es um Deine Gesundheit!

21

Wie gesund fühlst Du Dich?

- ☐ überhaupt nicht gesund
- ☐ eher nicht gesund
- ☐ mal mehr, mal weniger gesund
- ☐ eher gesund
- ☐ sehr gesund

22

Leidest Du an körperlichen Krankheiten, die eine längere Zeit andauern (z.B. schwere Allergien, Asthma oder Herzprobleme)?

- ☐ Ja, ich habe/ich bin: _____

- ☐ Nein, ich habe keine solchen körperlichen Krankheiten.

23

Hier findest Du eine Liste mit Verhaltensweisen oder Problemen, die Jugendliche haben können. Nach jeder Eigenschaft findest Du die Ziffern 0,1, und 2. Bei jeder Eigenschaft, die für Dich jetzt oder in den letzten 6 Monate genau so oder häufig zutrifft, kreuzt Du bitte die Ziffer 2 an. Wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal zutrifft, kreuzt Du bitte die Ziffer 1 an und wenn sie für Dich nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworte bitte alle Fragen so gut Du kannst, auch wenn Dir einige unpassend erscheinen.

		0= nicht zutreffend	1= etwas oder manchmal zutreffend	2= genau oder häufig zutreffend
1	Ich fühle mich schwindelig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Ich bin immer müde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Ich habe folgende Beschwerden <u>ohne körperliche Ursachen</u> :			
a)	Ich habe Schmerzen (<u>außer</u> Kopf- oder Bauchschmerzen).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b)	Ich habe Kopfschmerzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c)	Ich leide unter Übelkeit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d)	Ich habe Augenbeschwerden (<u>ausgenommen solche</u> , die durch Brille korrigiert sind); bitte beschreiben: _____ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e)	Ich habe Hautausschläge oder andere Hautprobleme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f)	Ich habe Bauchschmerzen oder Magenkrämpfe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g)	Ich leide unter Erbrechen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h)	andere Beschwerden; bitte beschreiben: _____ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Ich habe mich absichtlich verletzt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Ich denke darüber nach mich umzubringen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Ich habe versucht, mich umzubringen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24

Wurdest Du schon einmal wegen einem psychischen Problem behandelt, d.h. bist Du schon einmal zu einem Psychologen, Psychotherapeuten, Psychiater oder Berater gegangen oder musstest Du wegen eines psychischen Problems Medikamente einnehmen? Bitte kreuze alles Zutreffende an!

- ☐ Ja, früher. Wegen welchem Problem warst Du in Behandlung und welche Behandlung hast Du erhalten?

- ☐ Ja, aktuell. Wegen welchem Problem bist Du in Behandlung und welche Behandlung erhältst Du?

- ☐ Nein, noch nie.

Hier folgt eine Liste von Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Jugendlichen auftreten können. Bitte markiere zu jedem Punkt „Nicht zutreffend“, „Teilweise zutreffend“ oder „Eindeutig zutreffend“. Beantworte bitte alle Fragen so gut du kannst, selbst wenn Du Dir nicht ganz sicher bist oder Dir eine Frage merkwürdig vorkommt. Überlege bitte bei der Antwort, wie es Dir im letzten halben Jahr ging.

		Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
1	Ich versuche, nett zu anderen Menschen zu sein, ihre Gefühle sind mir wichtig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Ich bin oft unruhig; ich kann nicht lange stillsitzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Ich habe häufig Kopf- oder Bauchschmerzen; mir wird oft schlecht. <i>Bitte alles Zutreffende unterstreichen!</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Ich teile normalerweise mit Anderen (z.B. Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Ich werde leicht wütend, ich verliere oft meine Beherrschung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Ich bin meistens für mich alleine; ich beschäftige mich lieber mit mir selbst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Normalerweise tue ich, was man mir sagt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Ich mache mir häufig Sorgen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Ich bin hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder traurig sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Ich bin dauernd in Bewegung und zappelig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Ich habe einen oder mehrere gute Freunde oder Freundinnen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Ich schlage mich häufig; ich kann Andere zwingen zu tun, was ich will. <i>Bitte das Zutreffende unterstreichen!</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Ich bin oft unglücklich oder niedergeschlagen; ich muss häufig weinen. <i>Bitte das Zutreffende unterstreichen!</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Im Allgemeinen bin ich bei Gleichaltrigen beliebt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Ich lasse mich leicht ablenken; ich finde es schwer, mich zu konzentrieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Neue Situationen machen mich nervös; ich verliere leicht das Selbstvertrauen. <i>Bitte alles Zutreffende unterstreichen!</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Ich bin nett zu jüngeren Kindern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Anderer behaupten oft, dass ich lüge oder mogele.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Ich werde von anderen gehänselt oder schikaniert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Ich helfe anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder Gleichaltrigen).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	Ich denke nach, bevor ich handle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	Ich nehme Dinge, die mir nicht gehören (von zu Hause, in der Schule oder anderswo).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	Ich komme besser mit Erwachsenen aus als mit Gleichaltrigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	Ich habe viele Ängste, ich fürchte mich leicht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25	Was ich angefangen habe, mache ich zu Ende; ich kann mich lange genug konzentrieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26	Gibt es noch etwas, was Du erwähnen möchtest?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26

Was glaubst Du: warum ist Deine Gesundheit so, wie sie im Moment ist?

Jetzt hast Du schon eine Menge Fragen beantwortet!

In dem folgenden Teil geht es um Zigaretten, Alkohol und andere Drogen. Du kannst ganz sicher sein, dass niemand erfährt, was Du hier antwortest! Zuerst geht es um Zigaretten.

27

Hast Du schon einmal Zigaretten geraucht? Bitte kreuze hier nur ein Kästchen an.

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Nein, noch nie | <input type="radio"/> Ja, ich rauche ab und zu Zigaretten. |
| <input type="radio"/> Ja, aber nur einmal probiert | <input type="radio"/> Ja, ich rauche regelmäßig Zigaretten. |
| <input type="radio"/> Ja, aber ich habe damit wieder aufgehört, weil _____ | |

Wenn Du keine Zigaretten rauchst, nur einmal probiert hast oder wieder damit aufgehört hast, mache bitte bei Frage 30 weiter.

Wenn Du Zigaretten rauchst, mache bitte bei Frage 28 weiter.

28

Wie viele Zigaretten hast du im letzten Monat pro Tag geraucht?

Pro Tag habe ich ca. _____ Zigaretten geraucht.

29

Warum rauchst Du Zigaretten? Kreuze hier bitte alles an, was auf Dich zutrifft.

- ☐ Weil ich es cool finde, zu rauchen.
- ☐ Um mal was Neues und Aufregendes zu erleben.
- ☐ Weil es mir einfach schmeckt.
- ☐ Weil es erwachsen macht.
- ☐ Weil meine Freundinnen und Freunde es auch tun.
- ☐ Weil ich süchtig bin und nicht mehr aufhören kann.
- ☐ Weil es mich entspannt.
- ☐ Aus anderen Gründen. Welche Gründe?

Bei den nächsten Fragen geht es um Alkohol.

30

Hast Du in Deinem Leben schon einmal Alkohol getrunken? Bitte kreuze hier nur ein Kästchen an!

- ☐ Nein, nie.
 ☐ Ja, ich trinke gelegentlich.
- ☐ Ja, aber nur einen Schluck probiert.
 ☐ Ja, ich trinke regelmäßig.
- ☐ Ja, aber ich trinke keinen Alkohol mehr
 weil _____

Wenn Du keinen Alkohol trinkst, nur einmal einen Schluck probiert hast oder nicht mehr trinkst, mache bitte bei Frage 34 weiter.

Wenn Du gelegentlich oder regelmäßig Alkohol trinkst, mache bitte bei Frage 31 weiter.

31

Wie häufig hast Du im letzten Monat folgende Getränke getrunken? Kreuze bitte in jeder Zeile ein Kästchen an.

Im <u>letzten Monat</u> habe ich ...		nie	1-4 Mal	5-8 Mal	9-12 Mal	13 Mal und mehr
1	Bier getrunken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Bier-Mixgetränke getrunken, z.B. Mixery, Beck´s Green Lemon.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Wein oder Sekt getrunken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Cocktails oder Longdrinks getrunken, z.B. Caipirinha, Pina Colada oder Wodka Lemon.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Alkopops getrunken, z.B. Barcardi Breezer, Smirnoff Ice.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Schnaps getrunken, z.B. Tequila, Wodka.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Andere alkoholische Getränke getrunken, nämlich:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32

Wie häufig hast Du im letzten Monat bei einer Gelegenheit mehr als 5 alkoholische Getränke getrunken? Bitte kreuze hier nur ein Kästchen an!

- ☐ Nie ☐ 1-3 Mal ☐ 4-10 Mal ☐ mehr als 10 Mal

33

Wie oft (wenn überhaupt) warst Du so betrunken, dass Du geschwankt, gelallt oder Dich übergeben hast?

[illegible]

34

Was (glaubst Du) passiert, wenn Du Alkohol trinkst?

	Wenn ich Alkohol getrunken habe fühle ich mich...	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	weder noch	stimme eher zu	stimme völlig zu
1	munter.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	lustig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	fröhlich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	locker.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	gesprächig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	traurig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	unwohl.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	elend.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	schlecht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	dumm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Die nächsten Fragen beschäftigen sich mit illegalen Drogen.

35

Wie oft (wenn überhaupt) hast Du in Deinem ganzen Leben schon einmal illegale Drogen wie z.B. Haschisch/Marihuana, Ecstasy, Amphetamine, LSD, Pilze (Magic Mushrooms) oder Kokain genommen? Kreuze bitte in jeder Zeile ein Kästchen an.

	In meinem ganzen Leben habe ich ...	nie	1-4 Mal	5-8 Mal	9-12 Mal	13 Mal od. mehr
1	Haschisch/Marihuana geraucht/gegessen/getrunken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Ecstasy genommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Amphetamine, wie z.B. Speed genommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	LSD/Pilze (Magic Mushrooms) genommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Kokain genommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Andere illegale Drogen genommen, nämlich: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn Du überall „nie“ angekreuzt hast, also wenn Du keine illegalen Drogen nimmst, mache bitte bei Frage 38 weiter.

Wenn Du schon einmal illegale Drogen genommen hast, mache bitte bei Frage 36 weiter.

Bei den nächsten Fragen geht es um Deine Eltern. Zunächst möchten wir gerne mehr über Deine Beziehung zu Deinen Eltern erfahren. Bitte denke daran, dass mit „Vater“ oder „Mutter“ immer auch Dein Stiefvater, Adoptivvater, Pflegevater oder der Partner Deiner Mutter bzw. Deine Stiefmutter, Adoptivmutter, Pflegemutter oder die Partnerin Deines Vaters gemeint sein kann! Es geht auf jeden Fall jeweils um die Personen, mit denen Du in den letzten zwei Jahren hauptsächlich zusammengelebt hast

39

Zuerst geht es um Dein Verhältnis zu Deiner Mutter. Bitte lies die Aussagen sorgfältig durch und kreuze dann in jeder Zeile an, inwiefern die Aussage auf Eure Beziehung zutrifft. Wenn Du keine Mutter hast, dann lasse diese Frage bitte aus!

		stimmt gar nicht	stimmt eher nicht	stimmt ein wenig	stimmt genau
1	Meine Mutter und ich haben die gleichen Ansichten darüber, was man tun muss, um ein erfolgreiches Leben zu führen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Meine Mutter kümmert sich zuviel um das, was ich mache.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Ich bemühe mich darum, möglichst viel Zeit mit ihr allein zu verbringen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Es ist mir nicht so wichtig, dass wir bei einer Meinungsverschiedenheit zu einer gemeinsamen Lösung kommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Wenn ich mich aufrege, weiß ich, dass sie sich wirklich Gedanken darum macht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Sie mischt sich zu sehr in meine Angelegenheiten ein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Ich bin mir nicht sicher, ob sie mich genauso mag, wie ich sie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Ich kann ihr gegenüber meine Gefühle und Stimmungen offen zeigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Wenn ich ihr etwas erzähle, hört sie mir oft nicht richtig zu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Sie lässt mich meine eigenen Entscheidungen treffen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Wenn ich vor einer Schwierigkeit stehe, dann ist sie es, die mir hilft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Sie regt sich nicht übermäßig auf, wenn ich einen Fehler mache.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Sie zeigt mir ihre Gefühle zu wenig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Ich nehme mir nicht genug Zeit, um ihr zuzuhören.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Ich stimme mit ihr überein, was richtig und falsch ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Wenn ich mit ihr reden will, ist sie immer für mich da.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Ich kann mich mit ihr richtig gut über meine alltäglichen Erlebnisse unterhalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Ich mache manche Dinge nur, damit sie mich lobt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Mit ihr bin ich selten der gleichen Ansicht, was man tun sollte und was nicht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Ich bemühe mich, ihre Erwartungen zu erfüllen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	Wenn ich ihr etwas erzählen will, lässt sie mich oft nicht ausreden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	Ich stimme mit ihr überein, wann eine Situation in der Familie als ernst anzusehen ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	Sie meckert ständig an mir herum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	Mit ihr kann ich mich immer gut unterhalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25	Wenn ich ihr meine Meinung offen sage, führt das oft zu einem Streit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26	Wenn es ein Problem zwischen uns gibt, so findet sie immer einen vernünftigen Weg, um zu einer Lösung zu gelangen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27	Es kommt öfter vor, dass ich sie umarmen möchte, es dann aber doch nicht tue.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28	Ich habe anderen Ansichten als sie darüber, was für Schule und Beruf wichtig ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29	Ich nehme mir immer genügend Zeit für sie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jetzt geht es um Dein Verhältnis zu Deinem Vater. Wenn Du keinen Vater hast, dann lasse diese Frage bitte aus!

		stimmt gar nicht	stimmt eher nicht	stimmt ein wenig	stimmt genau
1	Mein Vater und ich haben die gleichen Ansichten darüber, was man tun muss, um ein erfolgreiches Leben zu führen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Mein Vater kümmert sich zuviel um das, was ich mache.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Ich bemühe mich darum, möglichst viel Zeit mit ihm allein zu verbringen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Es ist mir nicht so wichtig, dass wir bei einer Meinungsverschiedenheit zu einer gemeinsamen Lösung kommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Wenn ich mich aufrege, weiß ich, dass er sich wirklich Gedanken darum macht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Er mischt sich zu sehr in meine Angelegenheiten ein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Ich bin mir nicht sicher, ob er mich genauso mag, wie ich ihn.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Ich kann ihm gegenüber meine Gefühle und Stimmungen offen zeigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Wenn ich ihm etwas erzähle, hört er mir oft nicht richtig zu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Er lässt mich meine eigenen Entscheidungen treffen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Wenn ich vor einer Schwierigkeit stehe, dann ist er es, der mir hilft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Er regt sich nicht übermäßig auf, wenn ich einen Fehler mache.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Er zeigt mir seine Gefühle zu wenig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Ich nehme mir nicht genug Zeit, um ihm zuzuhören.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Ich stimme mit ihm überein, was richtig und falsch ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Wenn ich mit ihm reden will, ist er immer für mich da.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Ich kann mich mit ihm richtig gut über meine alltäglichen Erlebnisse unterhalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Ich mache manche Dinge nur, damit er mich lobt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Mit ihm bin ich selten der gleichen Ansicht, was man tun sollte und was nicht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Ich bemühe mich, seine Erwartungen zu erfüllen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	Wenn ich ihm etwas erzählen will, lässt er mich oft nicht ausreden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	Ich stimme mit ihm überein, wann eine Situation in der Familie als ernst anzusehen ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	Er meckert ständig an mir herum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	Mit ihm kann ich mich immer gut unterhalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25	Wenn ich ihm meine Meinung offen sage, führt das oft zu einem Streit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26	Wenn es ein Problem zwischen uns gibt, so findet er immer einen vernünftigen Weg, um zu einer Lösung zu gelangen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27	Es kommt öfter vor, dass ich ihn umarmen möchte, es dann aber doch nicht tue.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28	Ich habe anderen Ansichten als er darüber, was für Schule und Beruf wichtig ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29	Ich nehme mir immer genügend Zeit für ihn.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Super! Die meisten Fragen hast Du nun schon beantwortet ☺!

Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit der Gesundheit Deiner Eltern.

41

Hat Dein Vater oder Deine Mutter schwere körperliche Krankheiten, wie z.B. schwere Allergien, Asthma, Herzprobleme oder Krebs? Bitte kreuze alles Zutreffende an!

- ☐ Ja, mein Vater. Er hat/ist _____
- ☐ Ja, meine Mutter. Sie hat/ist _____
- ☐ Das weiß ich nicht genau.
- ☐ Meine Eltern haben keine schweren körperlichen Krankheiten.

42

Hat Dein Vater oder Deine Mutter psychische Probleme, z.B. hat er/sie sehr große Angst, ist ganz traurig oder verhält sich komisch? Bitte kreuze alles Zutreffende an!

- ☐ Ja, mein Vater. Er hat/ist _____
- ☐ Ja, meine Mutter. Sie hat/ist _____
- ☐ Das weiß ich nicht genau.
- ☐ Meine Eltern haben keine psychischen Probleme.

43

Hat Dein Vater oder Deine Mutter Probleme mit Alkohol? Bitte kreuze alles Zutreffende an!

- ☐ Ja, mein Vater.
- ☐ Ja, meine Mutter.
- ☐ Das weiß ich nicht genau.
- ☐ Meine Eltern haben keine Probleme mit Alkohol.

44

Jetzt folgen einige Aussagen, die Deine Gefühle und Dein Verhalten in Bezug auf das Alkoholtrinken Deiner Eltern beschreiben könnten. Bitte kreuze in jeder Zeile mindestens ein Kästchen an. Denke wieder daran, dass mit „Vater“ oder „Mutter“ immer auch Dein Stiefvater, Pflegevater oder der Partner Deiner Mutter bzw. Deine Stiefmutter, Pflegemutter oder die Partnerin Deines Vaters gemeint sein kann! Es geht also wieder um die Erziehungspersonen, mit denen Du in den letzten zwei Jahren hauptsächlich zusammengelebt hast.

		Ja, mein Vater	Ja, meine Mutter	Nein
1	Ich habe schon einmal daran gedacht, dass mein Vater bzw. meine Mutter ein Alkoholproblem haben könnte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Ich habe schon einmal meinen Vater bzw. meine Mutter aufgefordert, mit dem Alkoholtrinken aufzuhören.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Ich habe mich schon einmal mit meinem Vater bzw. meiner Mutter gestritten oder geschlagen, wenn er oder sie getrunken hatte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Ich habe schon einmal gehört, dass sich meine Eltern streiten oder geprügelt haben, wenn einer betrunken war. Wer war betrunken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ich wollte schon einmal den Alkohol meines Vaters bzw. meiner Mutter zu Hause verstecken oder ausschütten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Ich habe mir schon einmal gewünscht, dass mein Vater bzw. meine Mutter mit dem Trinken aufhören soll.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte beschreibe jetzt ein Problem, welches Dich in letzter Zeit öfters beschäftigt hat (z.B. Probleme in der Schule, mit Freundinnen oder Freunden oder mit Deiner Familie):

Wie gehst Du mit diesem Problem um? Du findest hier einige Möglichkeiten aufgelistet, was Du tun kannst, wenn du dieses Problem hast. Bitte kreuze in jeder Zeile an, wie häufig Du das machst und wie sehr Dir das hilft!

[illegible]

Jetzt kommen die letzten Fragen 😊!

Bei diesen letzten Fragen möchten wir gerne wissen, wie Du über Dich selbst und über Dein Leben denkst!

46

Wie schaffst Du Dein Leben? Was stimmt für Dich? *Kreuze bitte in jeder Zeile ein Kästchen an.*

		stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
1	Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Auch bei überraschenden Erlebnissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

47

Bitte gib nun auf einer Skala von 1 („stimme überhaupt nicht zu“) bis 10 („stimme voll und ganz zu“) an, inwiefern Du den folgenden Aussagen zustimmst. Bitte kreuze auch hier in jeder Zeile ein Kästchen an.

[illegible]

Du findest hier einige Gedanken aufgelistet, die in den Köpfen von uns allen vorkommen. Bitte lies jeden Gedanken genau und kreuze an, wie oft Dir dieser Gedanke in der letzten Woche durch den Kopf ging!

		überhaupt nicht	manchmal	zum Teil	oft	die ganze Zeit
1	Ich bin stolz auf mich selbst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Warum gewinne ich nie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Niemand versteht mich!	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Ich fühle mich gut!	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Ich glaube, es geht nicht weiter.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Ich wünschte ich wäre ein besserer Mensch.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Ganz egal was passiert, ich weiß ich werde es bewältigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Ich kann alles erreichen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Ich halte es nicht mehr aus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Was ist falsch an mir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Ich fühle mich wohl.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Ich bringe nichts auf Reihe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Ich vertraue mir, ich kann alles tun was ich mir vornehme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Was ist los mit mir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Ich bin sehr glücklich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Mein Leben ist ein einziges Chaos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Das ist super!	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Ich werde es nie schaffen!	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Ich fühle mich so hilflos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Irgendwas muss sich ändern!	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	Ich bin glücklicher als die meisten anderen Menschen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Der Fragebogen ist hier zu Ende 😊.
Bitte prüfe nochmals, ob Du alle Fragen beantwortet hast.**

Wenn Du uns noch etwas sagen möchtest, ...

**VIELEN DANK
FÜR DEINE ZEIT UND MÜHE 😊!
Bitte gib den Fragebogen und das Los jetzt an uns zurück.**

**Falls Du noch Fragen hast, kannst Du Dich gerne an uns wenden:
Diana Moesgen
Tel.: 0221-7757-173
E-Mail: d.moesgen@katho-nrw.de**

Anhang 4:

Telefoninterview-Leitfaden für Elternteile mit Alkoholproblematik

TELEFONINTERVIEW MIT ELTERNTEIL (ERKRANKT)

NAME DES INTERVIEWERS: _____
DATUM: _____
UHRZEIT ANFANG INTERVIEW: _____
LEITFADEN-NUMMER: _____
CODE ELTERNTEIL: _____

(ersten beiden Buchstaben Vorname Kind, Geburtsmonat Kind, Hausnummer Kind)

FRAGEBOGEN-NUMMER KIND: _____

Mit wem wird das Gespräch geführt?

- ☐ Mutter/Stiefmutter/Adoptivmutter/Pflegemutter/Partnerin des Vaters (*bitte Zutreffendes unterstreichen!*)
☐ Vater/Stiefvater/Adoptivvater/Pflegevater/Partner der Mutter (*bitte Zutreffendes unterstreichen!*)

Projektvorstellung

Wer sind wir? Was machen wir? Wozu machen wir das? Warum wurde dieser Kontakt hergestellt?
Anonymität und Freiwilligkeit versichern

Anmerkungen oder Fragen zum Projekt?

I.	Soziodemographische Angaben
----	-----------------------------

1	Geschlecht	2	Wie alt sind Sie?	3	Welche Nationalität haben Sie?
	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		_____ Jahre		<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Andere: _____ _____

4 Wie ist Ihr derzeitiger Familienstand? Bitte nur ein Kästchen ankreuzen!

<input type="checkbox"/>	Ledig.
<input type="checkbox"/>	Verheiratet, mit Ehepartner zusammenlebend → (weiter mit Frage 6).
<input type="checkbox"/>	Getrennt lebend.
<input type="checkbox"/>	Geschieden.
<input type="checkbox"/>	Verwitwet.
<input type="checkbox"/>	keine Angabe.

5	Haben Sie zurzeit eine feste Beziehung? <i>Nicht fragen, wenn verheiratet und mit Ehepartner zusammenlebend!</i>
---	---

<input type="checkbox"/>	Nein.
<input type="checkbox"/>	Ja. Wie lange schon? _____
<input type="checkbox"/>	Keine Angabe.

6	a) Mit wem leben Sie aktuell in einem Haushalt? Bitte kreuzen Sie alles an, was auf den Interviewten zutrifft.	b) Leben Sie mit Ihrem Sohn/Ihrer Tochter zusammen, der/die an der Befragung teilgenommen hat/teilnimmt?	c) Leben Sie mit dem/der leiblichen Vater/Mutter des Kindes zusammen?
	<input type="checkbox"/> Lebt alleine. <input type="checkbox"/> Mit meiner Partnerin/ Ehefrau, meinem Partner/Ehemann. <input type="checkbox"/> Mit meinen Kindern. Wie viele? _____ <input type="checkbox"/> Mit anderen Familienangehörigen: _____ _____ <input type="checkbox"/> Sonstige Personen: _____ _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja. Wenn ja, haben Sie auch in den letzten zwei Jahren mit Ihrem _____ Kind zusammengelebt? <input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja, die ganze Zeit. <input type="checkbox"/> Ja, teilweise. Wie lange? _____	<input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja. Wenn nein, wie lange nicht mehr? _____ _____

7	Was ist Ihr höchster Schulabschluss?
<input type="checkbox"/> Kein Schulabschluss <input type="checkbox"/> Sonderschulabschluss <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> Realschulabschluss/Handelsschule	<input type="checkbox"/> Fachoberschulreife <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife/Fachabitur <input type="checkbox"/> Hochschulreife/Abitur <input type="checkbox"/> Anderer Abschluss: _____

8	Welche Berufsausbildung haben Sie?
Antwort: _____.	
<input type="checkbox"/> Keine Berufsausbildung. <input type="checkbox"/> Befindet sich derzeit in Ausbildung zum/zur _____. <input type="checkbox"/> Studiert derzeit _____. <input type="checkbox"/> Keine Angabe.	

9	Waren Sie zuletzt berufstätig?	10	Arbeitet Ihr Partner/Ihre Partnerin? Nicht fragen, wenn alleinstehend!
<input type="checkbox"/> Ja, als _____ <input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann <input type="checkbox"/> Nein, - arbeitslos seit _____ - berentet seit _____ - krankgeschrieben seit _____ - sonstiges _____		<input type="checkbox"/> Ja, als _____ <input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann <input type="checkbox"/> Nein, - arbeitslos seit _____ - berentet _____ - krankgeschrieben seit _____ - sonstiges _____	

II. Angaben zur Gesundheit

11	Sie befinden sich derzeit wegen Alkoholproblemen in Behandlung oder Beratung/haben sich bis vor kurzem in Behandlung oder Beratung befunden. Ist dies korrekt?
<input type="checkbox"/> Ja, ist derzeit noch in Behandlung. Um welche Art von Behandlung handelt es sich? <input type="checkbox"/> (qualifizierte) Entgiftung <input type="checkbox"/> stationäre Entwöhnung <input type="checkbox"/> ambulante Entwöhnung <input type="checkbox"/> ambulante Beratung <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> Ja, war bis vor kurzem in Behandlung. Um welche Art von Behandlung handelte es sich? <input type="checkbox"/> (qualifizierte) Entgiftung <input type="checkbox"/> stationäre Entwöhnung <input type="checkbox"/> ambulante Entwöhnung <input type="checkbox"/> ambulante Beratung <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> Nein, ist und war nicht in Behandlung. <input type="checkbox"/> Weiß nicht. <input type="checkbox"/> Keine Angabe.	

12	Verraten Sie mir, seit wann Sie Alkoholprobleme haben?
<input type="checkbox"/> Seit _____ Jahren. <input type="checkbox"/> Weiß nicht. <input type="checkbox"/> Keine Angabe.	

13	Wie viele Behandlungen haben Sie, <u>außer</u> der aktuellen Behandlung, schon in Anspruch genommen und um welche Behandlung(en) handelte es sich dabei? Mit Behandlung meinen wir hier <u>keine</u> Entgiftung, sondern stationäre oder ambulante Entwöhnung oder ambulante Beratung.
	<div style="margin-bottom: 5px;">_____ stationäre Entwöhnung(en).</div> <div style="margin-bottom: 5px;">_____ ambulante Entwöhnung(en).</div> <div style="margin-bottom: 5px;">_____ ambulante Beratung(en).</div> <div style="margin-bottom: 5px;">_____ sonstige Behandlung(en). Welche? _____</div> <div style="margin-bottom: 5px;"><input type="checkbox"/> Weiß nicht.</div> <div><input type="checkbox"/> Keine Angabe</div>

14	Was war für Sie der Hauptgrund die aktuelle/letzte Behandlung anzutreten?

15	Substanzkonsum					
Instruktion vorlesen:						
Bei den nächsten Fragen geht es um Tabak und illegale Drogen. <i>Antwortmöglichkeiten vorlesen!</i>						
		Nein	Ja, selten	Ja, gelegent- lich	Ja, oft	k.A.
1	Rauchen Sie Zigaretten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Rauchen Sie Haschisch oder Marihuana oder nehmen Sie anderswie Cannabis zu sich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Nehmen Sie LSD oder Magic Mushrooms (halluzinogene Pilze)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Nehmen Sie Ecstasy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Nehmen Sie Amphetamine wie z.B. Speed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Nehmen Sie Kokain, Crack oder Heroin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16	Leiden Sie an ernsthaften körperlichen Erkrankungen, haben Sie z.B. Herzprobleme oder schwere Allergien?
	<div style="margin-bottom: 5px;"><input type="checkbox"/> Nein.</div> <div style="margin-bottom: 5px;"><input type="checkbox"/> Ja. Welche Krankheit(en)? _____</div> <div style="margin-bottom: 5px;"><input type="checkbox"/> Weiß nicht.</div> <div><input type="checkbox"/> Möchte die Frage nicht beantworten.</div>

17	Leiden Sie an ernsthaften psychischen Erkrankungen, haben Sie z.B. Depressionen oder Angststörungen?
	<input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja. Welche Erkrankung(en)? _____ <input type="checkbox"/> Weiß nicht. <input type="checkbox"/> Möchte die Frage nicht beantworten.
	Wenn ja: Wurden Sie wegen dieser Krankheit bislang behandelt? <input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja. Welche Behandlung(en)? _____ <input type="checkbox"/> Möchte diese Frage nicht beantworten.

18	Psychische Gesundheit des Elternteils				
Instruktion vorlesen:					
Als nächstes würden wir gerne wissen, ob Sie in den letzten Wochen irgendwelche Beschwerden hatten und wie Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen war. Bitte geben Sie bei den folgenden Fragen die Antwort an, die am besten auf Sie zutrifft. Die Antwortmöglichkeiten werden Ihnen stets mit vorgelesen. Bitte denken Sie daran, dass es sich bei diesen Fragen um aktuelle und kürzlich erlittene Beschwerden geht, und nicht um welche, die Sie in der Vergangenheit hatten.					
1	Haben Sie in den letzten Wochen wegen Sorgen weniger geschlafen?	nein, gar nicht <input type="checkbox"/>	nicht schlechter als üblich <input type="checkbox"/>	schlechter als üblich <input type="checkbox"/>	viel schlechter als üblich <input type="checkbox"/>
2	Haben Sie das Gefühl gehabt, dauernd unter Druck zu stehen?	nein, gar nicht <input type="checkbox"/>	nicht mehr als üblich <input type="checkbox"/>	mehr als üblich <input type="checkbox"/>	viel mehr als üblich <input type="checkbox"/>
3	Haben Sie sich in den letzten Wochen auf das, was Sie gemacht haben konzentrieren können?	besser als üblich <input type="checkbox"/>	so wie üblich <input type="checkbox"/>	schlechter als üblich <input type="checkbox"/>	viel schlechter als üblich <input type="checkbox"/>
4	Haben Sie in den letzten Wochen das Gefühl gehabt, für etwas nützlich zu sein?	mehr als üblich <input type="checkbox"/>	so wie üblich <input type="checkbox"/>	weniger als üblich <input type="checkbox"/>	viel weniger als üblich <input type="checkbox"/>
5	Haben Sie in den letzten Wochen das Gefühl gehabt, sich mit Ihren Problemen auseinander zu setzen?	besser als üblich <input type="checkbox"/>	so wie üblich <input type="checkbox"/>	weniger als üblich <input type="checkbox"/>	viel weniger als üblich <input type="checkbox"/>
6	Ist es Ihnen in den letzten Wochen schwer gefallen, Entscheidungen zu treffen?	nein, gar nicht <input type="checkbox"/>	so wie üblich <input type="checkbox"/>	schwerer als üblich <input type="checkbox"/>	viel schwerer als üblich <input type="checkbox"/>
7	Haben Sie in den letzten Wochen den Eindruck gehabt, dass Sie mit Ihren Schwierigkeiten nicht zu Rande gekommen sind?	nein, gar nicht <input type="checkbox"/>	nicht schlechter als üblich <input type="checkbox"/>	schlechter als üblich <input type="checkbox"/>	viel schlechter als üblich <input type="checkbox"/>
8	Alles in allem, haben Sie sich in den letzten Wochen einigermaßen zufrieden gefühlt?	mehr als üblich <input type="checkbox"/>	so wie üblich <input type="checkbox"/>	weniger als üblich <input type="checkbox"/>	viel weniger als üblich <input type="checkbox"/>
9	Konnten Sie in den letzten Wochen Ihren Alltagsverpflichtungen mit Freude nachgehen?	mehr als üblich <input type="checkbox"/>	so wie üblich <input type="checkbox"/>	weniger als üblich <input type="checkbox"/>	viel weniger als üblich <input type="checkbox"/>
10	Haben Sie sich in den letzten Wochen unglücklich und deprimiert gefühlt?	nein, gar nicht <input type="checkbox"/>	nicht mehr als üblich <input type="checkbox"/>	mehr als üblich <input type="checkbox"/>	viel mehr als üblich <input type="checkbox"/>
11	Haben Sie in den letzten Wochen einen Mangel an Selbstvertrauen gespürt?	nein, gar nicht <input type="checkbox"/>	nicht mehr als üblich <input type="checkbox"/>	mehr als üblich <input type="checkbox"/>	viel mehr als üblich <input type="checkbox"/>
12	Haben Sie sich in den letzten Wochen wertlos gefühlt?	nein, gar nicht <input type="checkbox"/>	nicht mehr als üblich <input type="checkbox"/>	mehr als üblich <input type="checkbox"/>	viel mehr als üblich <input type="checkbox"/>

III.	Angaben zur Gesundheit des Kindes
------	-----------------------------------

19	Freizeitverhalten des Kindes
----	------------------------------

Instruktion vorlesen:

Sie haben jetzt schon sehr viel über sich erzählt. Nun würden wir Ihnen gerne einige Fragen zu Ihrem Sohn/Ihrer Tochter stellen. Die ersten Fragen beziehen sich auf das Freizeitverhalten Ihres Kindes. Wie lange beschäftigt sich Ihr Kind pro Tag mit den folgenden Dingen? *Antwortmöglichkeiten vorlesen!*

	gar nicht	ungefähr 30 Min.	ungefähr 1-2 Stunden	ungefähr 3-4 Stunden	mehr als 4 Stunden
1 Fernsehen/Video/DVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Spielkonsole (Playstation, Nintendo, XBOX usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Computer/Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Musik hören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Handy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20	An wie vielen Tagen <u>pro Woche</u> treibt Ihr Kind Sport oder betätigt sich körperlich (z.B. spazieren gehen, Fahrrad fahren) für mindestens eine halbe Stunde?
----	---

<p>An _____ Tagen</p> <p>Welche Aktivität(en)?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Weiss nicht.</p> <p><input type="checkbox"/> Keine Angabe</p>

21	Ernährungsgewohnheiten des Kindes
----	-----------------------------------

Instruktion vorlesen:

Die nächsten Fragen beziehen sich auf die Ernährungsgewohnheiten Ihres Kindes. Wie oft pro Woche ...
Antwortmöglichkeiten vorlesen!

[illegible]

22	Was glauben Sie, hat Ihr Kind für sein/ihr Alter Normalgewicht oder ist es über- oder untergewichtig?
	<input type="checkbox"/> Normalgewicht <input type="checkbox"/> Übergewicht <input type="checkbox"/> Untergewicht <input type="checkbox"/> Weiß nicht. <input type="checkbox"/> Keine Angabe

23	Substanzkonsum des Kindes					
Instruktion vorlesen:						
Bei den nächsten Fragen geht es um Tabak, Alkohol und andere Drogen. <i>Antwortmöglichkeiten vorlesen!</i>						
		Nein	Ja, selten	Ja, gelegentlich	Ja, oft	Weiß nicht/k.A.
1	Raucht Ihr Kind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Trinkt Ihr Kind Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Raucht Ihr Kind Haschisch oder Marihuana oder nimmt es anderswie Cannabis zu sich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Nimmt Ihr Kind LSD oder Magic Mushrooms (halluzinogene Pilze)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Nimmt Ihr Kind Ecstasy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Nimmt Ihr Kind Amphetamine wie z.B. Speed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Nimmt Ihr Kind Kokain, Crack oder Heroin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24	Leidet Ihr Kind an chronischen Krankheiten wie z.B. schwere Allergien, Asthma oder Herzproblemen?
	<input type="checkbox"/> Ja, mein Kind leidet unter/hat/ist: <hr/> <hr/> <input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Weiß nicht. <input type="checkbox"/> Keine Angabe

25 (Psycho-)somatische Gesundheit des Kindes				
Instruktion vorlesen:				
Hier folgt eine Liste von Verhaltensweisen oder Problemen, die bei Kindern und Jugendlichen auftreten können. Nach jeder Eigenschaft stehen die Ziffern 0,1, und 2. Beantworten Sie bitte für jede Eigenschaft, ob sie <u>jetzt oder innerhalb der letzten 6 Monate</u> bei Ihrem Kind zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft <u>genauso oder häufig</u> zu beobachten war, wählen Sie die Ziffer 2, wenn die Eigenschaft <u>etwas oder manchmal</u> auftrat, die Ziffer 1, und wenn sie für Ihr Kind <u>nicht zutrifft</u> , die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige für Ihr Kind unpassend erscheinen.				
Ihr Kind...	0= nicht zutreffend	1= etwas oder manchmal zutreffend	2= genau oder häufig zutreffend	
1 fühlt sich schwindelig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 ist immer müde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 hat folgende Beschwerden <u>ohne bekannte körperliche Ursachen:</u>				
3a Schmerzen (<u>außer</u> Kopf- oder Bauchschmerzen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3b Kopfschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3c Übelkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3d Augenbeschwerden (<u>ausgenommen solche</u> , die durch Brille korrigiert sind); bitte beschreiben: _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3e Hautausschläge oder andere Hautprobleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3f Bauchschmerzen oder Magenkrämpfe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3g Erbrechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3h andere Beschwerden; bitte beschreiben: _____ _____ _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	

26 Wurde Ihr Kind schon einmal wegen einem psychischen Problem behandelt?	
<input type="checkbox"/>	Ja, früher. Welches Problem und welche Behandlung: _____ _____
<input type="checkbox"/>	Ja, aktuell. Welches Problem und welche Behandlung: _____ _____
<input type="checkbox"/>	Nein.
<input type="checkbox"/>	Weiß nicht.
<input type="checkbox"/>	Keine Angabe

27 Psychische Gesundheit des Kindes				
Instruktion vorlesen:				
Hier folgt eine Liste von Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Jugendlichen auftreten können. Bitte geben Sie zu jedem Punkt „Nicht zutreffend“, „Teilweise zutreffend“ oder „Eindeutig zutreffend“ an. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten Ihres Kindes in den letzten sechs Monaten.				
	Ihr Kind ...	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
1	ist rücksichtsvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	ist unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit. <i>Bitte alles Zutreffende unterstreichen!</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	ist Einzelgänger, spielt meist alleine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	ist im Allgemeinen folgsam; macht meist was Erwachsene verlangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	ist hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	ist ständig zappelig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	ist oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig. <i>Bitte alles Zutreffende unterstreichen!</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	ist im Allgemeinen bei anderen Kindern beliebt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	ist leicht ablenkbar, unkonzentriert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	ist nervös oder anklammernd in neuen Situationen, verliert leicht das Selbstvertrauen. <i>Bitte alles Zutreffende unterstreichen!</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	ist lieb zu jüngeren Kindern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	lügt oder mogelt häufig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	wird von anderen gehänselt oder schikaniert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	denkt nach, bevor er/sie handelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	kommt mit Erwachsenen besser aus als mit anderen Kindern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	hat viele Ängste; fürchtet sich leicht. <i>Bitte alles Zutreffende unterstreichen!</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	führt Aufgaben zu Ende; hat eine gute Konzentrationsspanne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Gibt es noch etwas, dass Sie erwähnen möchten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. Beziehung zum Kind

28 Beziehung zum Kind

Instruktion vorlesen:

Die folgenden Aussagen betreffen ihr Verhältnis zu Ihrer Tochter/zu Ihrem Sohn. Bitte hören Sie sich die Aussagen aufmerksam an und entscheiden dann, wie gut jede Aussage Ihre Beziehung zu Ihrem Kind beschreibt. Wählen Sie immer eine der vier folgenden Antwortmöglichkeiten: „stimmt gar nicht“, „stimmt eher nicht“, „stimmt ein wenig“ und „stimmt genau“. Bitte beantworten Sie jede Aussage, auch wenn Sie in Ihrer Einschätzung nicht völlig sicher sein sollten.

		stimmt gar nicht	stimmt eher nicht	stimmt ein wenig	stimmt genau
1	Mein Sohn/meine Tochter und ich haben die gleichen Ansichten darüber, was man tun muss, um ein erfolgreiches Leben zu führen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Mein Sohn/meine Tochter kümmert sich zuviel um das, was ich mache.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ich bemühe mich darum, möglichst viel Zeit mit ihm/ihr allein zu verbringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Es ist mir nicht so wichtig, dass wir bei einer Meinungsverschiedenheit zu einer gemeinsamen Lösung kommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Wenn ich mich aufrege, weiß ich, dass er/sie sich wirklich Gedanken darum macht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Er/sie mischt sich zu sehr in meine Angelegenheiten ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ich bin mir nicht sicher, ob er/sie mich genauso mag, wie ich ihn/sie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Ich kann ihm/ihr gegenüber meine Gefühle und Stimmungen offen zeigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Wenn ich ihm/ihr etwas erzähle, hört er/sie mir oft nicht richtig zu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Er/sie lässt mich meine eigenen Entscheidungen treffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Wenn ich vor einer Schwierigkeit stehe, dann ist er/sie es, der/die mir hilft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Er/sie regt sich nicht übermäßig auf, wenn ich einen Fehler mache.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Er/sie zeigt mir seine/ihre Gefühle zu wenig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Ich nehme mir nicht genug Zeit, um ihm/ihr zuzuhören.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Ich stimme mit ihm/ihr überein, was richtig und falsch ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Wenn ich mit ihm/ihr reden will, ist er/sie immer für mich da.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Ich kann mich mit ihm/ihr richtig gut über meine alltäglichen Erlebnisse unterhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Ich mache manche Dinge nur, damit er/sie mich lobt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Mit ihm/ihr bin ich selten der gleichen Ansicht, was man tun sollte und was nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Ich bemühe mich, seine/ihre Erwartungen zu erfüllen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Wenn ich ihm/ihr etwas erzählen will, lässt er/sie mich oft nicht ausreden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Ich stimme mit ihm/ihr überein, wann eine Situation in der Familie als ernst anzusehen ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Er/sie meckert ständig an mir herum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Mit ihm/ihr kann ich mich immer gut unterhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Wenn ich ihm/ihr meine Meinung offen sage, führt das oft zu einem Streit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Wenn es ein Problem zwischen uns gibt, so findet er/sie immer einen vernünftigen Weg, um zu einer Lösung zu gelangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		stimmt gar nicht	stimmt eher nicht	stimmt ein wenig	stimmt genau
27	Es kommt öfter vor, dass ich ihn/sie umarmen möchte, es dann aber doch nicht tue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Ich habe anderen Ansichten als er/sie darüber, was für Schule und Beruf wichtig ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Ich nehme mir immer genügend Zeit für ihn/sie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29	Qualität der Beziehung						
Instruktion vorlesen:							
Auf einer Skala von 1 bis 6, wie schätzen Sie zurzeit die Qualität Ihrer Beziehung zu Ihrem Kind bzw. die Qualität Ihrer momentanen Familienatmosphäre ein? 1 bedeutet „sehr gut“, 6 bedeutet „sehr schlecht“.							
		1	2	3	4	5	6
1	Beziehung zu Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Familienatmosphäre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wir sind nun am Ende des Interviews angelangt! Haben Sie ganz herzlichen Dank für Ihre Teilnahme.

Haben Sie noch Anmerkungen oder Fragen?

Nur vom Interviewer nach Gespräch auszufüllen!

UHRZEIT ENDE INTERVIEW: _____

A Beurteilung: Interesse des Interviewpartners						
	1 sehr groß	2 groß	3 mittel	4 wenig	5 sehr wenig	6 gar nicht
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B Beurteilung: Kooperationsbereitschaft des Interviewpartners						
	1 sehr groß	2 groß	3 mittel	4 wenig	5 sehr wenig	6 gar nicht
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C Platz für Anmerkungen des Interviewers. Bitte alles aufschreiben, was relevant erscheint!	

Anhang 5:

Telefoninterview-Leitfaden für Elternteile ohne Alkoholproblematik

TELEFONINTERVIEW MIT ELTERNTEIL (GESUND)

NAME DES INTERVIEWERS: _____

DATUM: _____

UHRZEIT ANFANG INTERVIEW: _____

LEITFADEN-NUMMER: _____

CODE ELTERNTEIL: _____

(ersten beiden Buchstaben Vorname Kind, Geburtsmonat Kind, Hausnummer Kind)

FRAGEBOGEN-NUMMER KIND: _____

Mit wem wird das Gespräch geführt?

- ☐ Mutter/Stiefmutter/Adoptivmutter/Pflegemutter/Partnerin des Vaters (*bitte Zutreffendes unterstreichen!*)
☐ Vater/Stiefvater/Adoptivvater/Pflegevater/Partner der Mutter (*bitte Zutreffendes unterstreichen!*)

Projektvorstellung

Wer sind wir? Was machen wir? Wozu machen wir das? Warum wurde dieser Kontakt hergestellt?
Anonymität und Freiwilligkeit versichern

Anmerkungen oder Fragen zum Projekt?

I.	Soziodemographische Angaben
----	-----------------------------

1	Geschlecht	2	Wie alt sind Sie?	3	Welche Nationalität haben Sie?
	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		_____ Jahre		<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Andere: _____ _____

4	Wie ist Ihr derzeitiger Familienstand? Bitte nur ein Kästchen ankreuzen!
---	--

- ☐ Ledig.
- ☐ Verheiratet, mit Ehepartner zusammenlebend → (weiter mit Frage 6).
- ☐ Getrennt lebend.
- ☐ Geschieden.
- ☐ Verwitwet.
- ☐ keine Angabe.

5	Haben Sie zurzeit eine feste Beziehung? <i>Nicht fragen, wenn verheiratet und mit Ehepartner zusammenlebend!</i>
---	---

	<input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja. Wie lange schon? _____ <input type="checkbox"/> Keine Angabe.
--	---

6	<p>Mit wem leben Sie aktuell in einem Haushalt? <i>Bitte kreuzen Sie alles an, was auf Sie zutrifft.</i></p>
---	--

Leben Sie mit Ihrem Sohn/Ihrer Tochter zusammen, der/die an der Befragung teilgenommen hat/teilnimmt?

Leben Sie mit dem/der leiblichen Vater/Mutter des Kindes zusammen?

<input type="checkbox"/> Ich lebe alleine. <input type="checkbox"/> Mit meiner Partnerin/ Ehefrau, meinem Partner/Ehemann. <input type="checkbox"/> Mit meinen Kindern. Wie viele? _____ <input type="checkbox"/> Mit anderen Familienangehörigen: _____ <input type="checkbox"/> Sonstige Personen: _____ 	<input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja. Wenn <u>ja</u> , haben Sie auch in den letzten zwei Jahren mit Ihrem Kind zusammengelebt? <input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja, die ganze Zeit. <input type="checkbox"/> Ja, teilweise. Wie lange? 	<input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja. Wenn nein, wie lange nicht mehr?
--	---	--

7	Was ist Ihr höchster Schulabschluss?
---	--------------------------------------

	<input type="checkbox"/> Kein Schulabschluss <input type="checkbox"/> Sonderschulabschluss <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> Realschulabschluss/Handelsschule	<input type="checkbox"/> Fachoberschulreife <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife/Fachabitur <input type="checkbox"/> Hochschulreife/Abitur <input type="checkbox"/> Anderer Abschluss: _____
--	--	--

8	Welche Berufsausbildung haben Sie?
	Antwort: _____ <input type="checkbox"/> Keine Berufsausbildung. <input type="checkbox"/> Befindet sich derzeit in Ausbildung zum/zur _____. <input type="checkbox"/> Studiert derzeit _____. <input type="checkbox"/> Keine Angabe.

9	Sind Sie derzeit berufstätig?	10	Arbeitet Ihr Partner/Ihre Partnerin?
	<input type="checkbox"/> Ja, als _____ <input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann <input type="checkbox"/> Nein, - arbeitslos seit _____ - berentet seit _____ - krankgeschrieben seit _____ - sonstiges _____		<input type="checkbox"/> Ja, als _____ <input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann <input type="checkbox"/> Nein, - arbeitslos seit _____ - berentet _____ - krankgeschrieben seit _____ - sonstiges _____

II.	Angaben zur Gesundheit des Partners
------------	--

11	Haben Sie in den letzten zwei Jahren mit einer Person zusammengelebt, die Alkoholprobleme hat?
	<input type="checkbox"/> Ja. <input type="checkbox"/> Nein. →weiter mit Frage 17! Wenn ja, wer ist diese Person? <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Leiblicher Vater des Kindes <input type="checkbox"/> Stief-/Adoptiv-/Pflegevater des Kindes <input type="checkbox"/> Partner der Mutter <input type="checkbox"/> Andere Person: _____ </div> <div> <input type="checkbox"/> Leibliche Mutter des Kindes <input type="checkbox"/> Stief-/Adoptiv-/Pflegemutter des Kindes <input type="checkbox"/> Partnerin des Vaters </div> </div>

12	Seit wie vielen Jahren leben Sie mit dieser Person zusammen bzw. haben sie mit dieser Person zusammengelebt?
	Seit _____ Jahren. <input type="checkbox"/> Weiß nicht. <input type="checkbox"/> Keine Angabe

13	Ist diese Person wegen der Alkoholabhängigkeit derzeit in Behandlung oder Beratung oder war sie vor kurzem in Behandlung oder in Behandlung?
	<input type="checkbox"/> Ja, ist aktuell in Behandlung. Um welche Art von Behandlung handelt es sich? <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> (qualifizierte) Entgiftung <input type="checkbox"/> stationäre Entwöhnung <input type="checkbox"/> ambulante Entwöhnung <input type="checkbox"/> ambulante Beratung <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ </div> <input type="checkbox"/> Ja, war vor kurzem in Behandlung. Um welche Art von Behandlung handelte es sich? <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> (qualifizierte) Entgiftung <input type="checkbox"/> stationäre Entwöhnung <input type="checkbox"/> ambulante Entwöhnung <input type="checkbox"/> ambulante Beratung <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ </div> <input type="checkbox"/> Nein, ist und war nicht in Behandlung. <input type="checkbox"/> Weiß nicht. <input type="checkbox"/> Keine Angabe.

14	Wie viele Behandlungen hat Ihr (damaliger) Partner/Ihre (damalige) Partnerin, die aktuelle Behandlung <u>nicht</u> eingeschlossen, schon in Anspruch genommen? Mit Behandlung meinen wir hier <u>keine</u> Entgiftung, sondern stationäre oder ambulante Entwöhnung oder ambulante Beratung.
	<div style="margin-left: 20px;"> _____ stationäre Entwöhnung(en). _____ ambulante Entwöhnung(en). _____ ambulante Beratung(en). _____ sonstige Behandlung(en). Welche? _____ </div> <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> Weiß nicht. <input type="checkbox"/> keine Angabe </div>

15	Können Sie sich daran erinnern seit wann das Alkoholtrinken Ihres (damaligen) Partners/Ihrer (damaligen) Partnerin ein Problem für Sie ist/war?
	<div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> Ja, seit _____ Jahren. <input type="checkbox"/> Weiß nicht. <input type="checkbox"/> Keine Angabe </div>

16	Wie war es im letzten Jahr? Hat Ihr (damaliger) Partner/Ihre (damalige) Partnerin ... <i>Antwortmöglichkeiten vorlesen!</i>
	<div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> mehr getrunken als sonst? <input type="checkbox"/> gleich viel getrunken? <input type="checkbox"/> weniger getrunken als sonst? <input type="checkbox"/> (fast) gar nicht getrunken? <input type="checkbox"/> Weiß nicht. <input type="checkbox"/> Keine Angabe </div>

III. Angaben zur eigenen Gesundheit
--

17	Haben oder hatten Sie selbst Probleme mit Alkohol? Mehrfachnennungen möglich!
	<div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> Ja, früherer Alkoholmissbrauch (psychische Abhängigkeit). Von wann bis wann? _____ <input type="checkbox"/> Ja, aktueller Alkoholmissbrauch (psychische Abhängigkeit). Seit wann? _____ <input type="checkbox"/> Ja, frühere Alkoholabhängigkeit (physische und psychische Abhängigkeit). Von wann bis wann? _____ <input type="checkbox"/> Ja, aktuelle Alkoholabhängigkeit (physische und psychische Abhängigkeit). Seit wann? _____ <input type="checkbox"/> Nein, ich habe/hatte keine Probleme mit Alkohol. <input type="checkbox"/> Weiß nicht. <input type="checkbox"/> Keine Angabe </div>

18 Alkoholkonsum						
Instruktion vorlesen: Bei den nächsten Fragen geht es etwas genauer um Ihren eigenen Alkoholkonsum. Bitte beantworten Sie die Fragen auch wenn Sie selten oder nie Alkohol trinken. <i>Bitte stets Antwortkategorien vorlesen!</i>						
	0	1	2	3	4	
1	Wie oft haben Sie im letzten Jahr alkoholische Getränke getrunken?	Nie	Einmal im Monat oder seltener	Zweimal im Monat	Dreimal im Monat	Vier- oder mehrmals im Monat
	→Bei „Nie“ weiter mit Frage 9!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Wie viele Drinks trinken Sie pro Tag, wenn Sie Alkohol trinken?	1-2	3-4	5-6	7-9	10 und mehr
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Wie oft trinken Sie 6 oder mehr Drinks pro Tag?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
	→Wenn Gesamtscore für Fragen 2 und 3 = 0, weiter mit Frage 9!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Wie oft hatten Sie im letzten Jahr das Gefühl, Sie könnten nicht aufhören zu trinken, wenn Sie angefangen haben?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Wie oft konnten Sie im letzten Jahr nicht das tun, was von Ihnen erwartet wurde, weil Sie Alkohol getrunken hatten?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Wie oft brauchen Sie schon morgens ein alkoholisches Getränk, weil Sie vorher stark getrunken hatten?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Wie oft haben Sie im letzten Jahr nach dem Alkoholtrinken Gewissensbisse gehabt oder sich schuldig gefühlt?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Wie oft haben Sie sich nicht an die Ereignisse der Nacht zuvor erinnern können, weil Sie Alkohol getrunken hatten?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Haben Sie sich oder einen anderen schon einmal verletzt, weil Sie Alkohol getrunken hatten?	Nie	Ja, aber nicht im letzten Jahr			Ja, im letzten Jahr
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
10	Hat Ihnen ein Verwandter, Freund oder Arzt geraten, Ihren Alkoholkonsum zu verringern?	Nie	Ja, aber nicht im letzten Jahr			Ja, im letzten Jahr
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

19 Substanzkonsum						
Instruktion vorlesen: Bei den nächsten Fragen geht es um Tabak und illegale Drogen. <i>Antwortmöglichkeiten vorlesen!</i>						
	Nein	Ja, selten	Ja, gelegentlich	Ja, oft	k.A.	
1	Rauchen Sie Zigaretten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Rauchen Sie Haschisch oder Marihuana oder nehmen Sie anderswie Cannabis zu sich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Nehmen Sie LSD oder Magic Mushrooms (halluzinogene Pilze)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Nehmen Sie Ecstasy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Nehmen Sie Amphetamine wie z.B. Speed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Nehmen Sie Kokain, Crack oder Heroin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20	Leiden Sie an ernsthaften körperlichen Erkrankungen, haben Sie z.B. Herzprobleme oder schwere Allergien?
	<input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja. Welche Krankheit(en)? <hr/> <hr/> <input type="checkbox"/> Weiß nicht. <input type="checkbox"/> Möchte die Frage nicht beantworten.

21	Medikamenteneinnahme				
Instruktion vorlesen:					
Als nächstes würden wir gerne wissen, ob Sie irgendwelche Medikamente einnehmen. Ich lese Ihnen jetzt verschiedene Arten von Medikamenten vor und Sie antworten bitte, wie häufig Sie diese zu sich nehmen. Die Antwortkategorien lauten stets: „täglich“, „mehrmals pro Woche“, „seltener“ oder „nie“.					
		täglich	mehrmals pro Woche	seltener	nie
1	Schmerzstillende Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Anregende Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Beruhigende Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Schlaftabletten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		täglich	mehrmals pro Woche	seltener	nie
5	Abführmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Appetitzügler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Sonstige Medikamente: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 **Wenn der/die Befragte immer mit “nie“ antwortet, also wenn er oder sie niemals Medikamente nimmt, dann Frage 22 überspringen und weiter mit Frage 23!**

22	Wann nehmen Sie Medikamente ein? Mehrfachnennungen möglich; erst Frage offen lassen, bei Bedarf alle Antworten vorlesen!
	<input type="checkbox"/> Wenn Sie Schmerzen haben. <input type="checkbox"/> Wenn Sie sich krank fühlen. <input type="checkbox"/> Wenn Sie sich unwohl fühlen. <input type="checkbox"/> Wenn Sie im Stress sind. <input type="checkbox"/> Wenn Sie nervös sind. <input type="checkbox"/> Wenn Sie sich über etwas ärgern. <input type="checkbox"/> Wenn Sie niedergeschlagen/deprimiert sind. <input type="checkbox"/> Wenn Sie sich einsam fühlen. <input type="checkbox"/> Wenn Sie unzufrieden sind. <input type="checkbox"/> Ich nehme nur Medikamente, wenn sie mir verschrieben wurden. <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> Weiß nicht. <input type="checkbox"/> Keine Angabe

23	Leiden Sie an ernsthaften psychischen Erkrankungen, haben Sie z.B. Depressionen oder Angststörungen?
<input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja. Welche Erkrankung(en)? _____ <input type="checkbox"/> Weiß nicht. <input type="checkbox"/> Möchte die Frage nicht beantworten.	
Wenn ja: Wurden Sie wegen dieser Krankheit bislang behandelt? <input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja. Welche Behandlung(en)? _____ <input type="checkbox"/> Möchte diese Frage nicht beantworten.	

24	Psychische Gesundheit des Elternteils				
Instruktion vorlesen:					
Als nächstes würden wir gerne wissen, ob Sie in den letzten Wochen irgendwelche Beschwerden hatten und wie Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen war. Bitte geben Sie bei den folgenden Fragen die Antwort an, die am besten auf Sie zutrifft. Die Antwortmöglichkeiten werden Ihnen stets mit vorgelesen. Bitte denken Sie daran, dass es sich bei diesen Fragen um aktuelle und kürzlich erlittene Beschwerden geht, und nicht um welche, die Sie in der Vergangenheit hatten.					
1	Haben Sie in den letzten Wochen wegen Sorgen weniger geschlafen?	nein, gar nicht <input type="checkbox"/>	nicht schlechter als üblich <input type="checkbox"/>	schlechter als üblich <input type="checkbox"/>	viel schlechter als üblich <input type="checkbox"/>
2	Haben Sie das Gefühl gehabt, dauernd unter Druck zu stehen?	nein, gar nicht <input type="checkbox"/>	nicht mehr als üblich <input type="checkbox"/>	mehr als üblich <input type="checkbox"/>	viel mehr als üblich <input type="checkbox"/>
3	Haben Sie sich in den letzten Wochen auf das, was Sie gemacht haben konzentrieren können?	besser als üblich <input type="checkbox"/>	so wie üblich <input type="checkbox"/>	schlechter als üblich <input type="checkbox"/>	viel schlechter als üblich <input type="checkbox"/>
4	Haben Sie in den letzten Wochen das Gefühl gehabt, für etwas nützlich zu sein?	mehr als üblich <input type="checkbox"/>	so wie üblich <input type="checkbox"/>	weniger als üblich <input type="checkbox"/>	viel weniger als üblich <input type="checkbox"/>
5	Haben Sie in den letzten Wochen das Gefühl gehabt, sich mit Ihren Problemen auseinander zu setzen?	besser als üblich <input type="checkbox"/>	so wie üblich <input type="checkbox"/>	weniger als üblich <input type="checkbox"/>	viel weniger als üblich <input type="checkbox"/>
6	Ist es Ihnen in den letzten Wochen schwer gefallen, Entscheidungen zu treffen?	nein, gar nicht <input type="checkbox"/>	so wie üblich <input type="checkbox"/>	schwerer als üblich <input type="checkbox"/>	viel schwerer als üblich <input type="checkbox"/>
7	Haben Sie in den letzten Wochen den Eindruck gehabt, dass Sie mit Ihren Schwierigkeiten nicht zu Rande gekommen sind?	nein, gar nicht <input type="checkbox"/>	nicht schlechter als üblich <input type="checkbox"/>	schlechter als üblich <input type="checkbox"/>	viel schlechter als üblich <input type="checkbox"/>
8	Alles in allem, haben Sie sich in den letzten Wochen einigermaßen zufrieden gefühlt?	mehr als üblich <input type="checkbox"/>	so wie üblich <input type="checkbox"/>	weniger als üblich <input type="checkbox"/>	viel weniger als üblich <input type="checkbox"/>
9	Konnten Sie in den letzten Wochen Ihren Alltagsverpflichtungen mit Freude nachgehen?	mehr als üblich <input type="checkbox"/>	so wie üblich <input type="checkbox"/>	weniger als üblich <input type="checkbox"/>	viel weniger als üblich <input type="checkbox"/>
10	Haben Sie sich in den letzten Wochen unglücklich und deprimiert gefühlt?	nein, gar nicht <input type="checkbox"/>	nicht mehr als üblich <input type="checkbox"/>	mehr als üblich <input type="checkbox"/>	viel mehr als üblich <input type="checkbox"/>
11	Haben Sie in den letzten Wochen einen Mangel an Selbstvertrauen gespürt?	nein, gar nicht <input type="checkbox"/>	nicht mehr als üblich <input type="checkbox"/>	mehr als üblich <input type="checkbox"/>	viel mehr als üblich <input type="checkbox"/>
12	Haben Sie sich in den letzten Wochen wertlos gefühlt?	nein, gar nicht <input type="checkbox"/>	nicht mehr als üblich <input type="checkbox"/>	mehr als üblich <input type="checkbox"/>	viel mehr als üblich <input type="checkbox"/>

IV.	Angaben zur Gesundheit des Kindes
-----	-----------------------------------

25	Freizeitverhalten des Kindes
----	------------------------------

Instruktion vorlesen:

Sie haben jetzt schon sehr viel über sich erzählt. Nun würden wir Ihnen gerne einige Fragen zu Ihrem Sohn/Ihrer Tochter stellen. Die ersten Fragen beziehen sich auf das Freizeitverhalten Ihres Kindes. Wie lange beschäftigt sich Ihr Kind pro Tag mit den folgenden Dingen? *Antwortmöglichkeiten vorlesen!*

		gar nicht	ungefähr 30 Min.	ungefähr 1-2 Stunden	ungefähr 3-4 Stunden	mehr als 4 Stunden
1	Fernsehen/Video/DVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Spielkonsole (Playstation, Nintendo, XBOX usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Computer/Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Musik hören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Handy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26	An wie vielen Tagen pro Woche treibt Ihr Kind Sport oder betätigt sich körperlich (z.B. spazieren gehen, Fahrrad fahren) für mindestens eine halbe Stunde?
----	--

An _____ Tagen.

Welche Sportart(en)?

- ☐ Weiss nicht.
- ☐ Keine Angabe

27	Ernährungsgewohnheiten des Kindes
----	-----------------------------------

Instruktion vorlesen:

Die nächsten Fragen beziehen sich auf die Ernährungsgewohnheiten Ihres Kindes. Wie oft **pro Woche** ...
Antwortmöglichkeiten vorlesen!

[illegible]

28	Was glauben sie, hat Ihr Kind für sein/ihr Alter Normalgewicht oder ist es über- oder untergewichtig?
	<input type="checkbox"/> Normalgewicht <input type="checkbox"/> Übergewicht <input type="checkbox"/> Untergewicht <input type="checkbox"/> Weiß nicht. <input type="checkbox"/> Keine Angabe

29	Substanzkonsum des Kindes					
Instruktion vorlesen:						
Bei den nächsten Fragen geht es um Tabak, Alkohol und andere Drogen. <i>Antwortmöglichkeiten vorlesen!</i>						
		Nein	Ja, selten	Ja, gelegentlich	Ja, oft	Weiss nicht/k.A.
1	Raucht Ihr Kind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Trinkt Ihr Kind Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Raucht Ihr Kind Haschisch oder Marihuana oder nimmt es anderswie Cannabis zu sich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Nimmt Ihr Kind LSD oder Magic Mushrooms (halluzinogene Pilze)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Nimmt Ihr Kind Ecstasy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Nimmt Ihr Kind Amphetamine wie z.B. Speed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Nimmt Ihr Kind Kokain, Crack oder Heroin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30	Leidet Ihr Kind an chronischen Krankheiten wie z.B. schwere Allergien, Asthma oder Herzproblemen?
	<input type="checkbox"/> Ja, mein Kind leidet unter/hat/ist: <hr/> <hr/> <input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Weiß nicht. <input type="checkbox"/> Keine Angabe

33 Psychische Gesundheit des Kindes				
Instruktion vorlesen:				
Hier folgt eine Liste von Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Jugendlichen auftreten können. Bitte geben Sie zu jedem Punkt „Nicht zutreffend“, „Teilweise zutreffend“ oder „Eindeutig zutreffend“ an. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten Ihres Kindes in den letzten sechs Monaten.				
	Ihr Kind ...	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
1	ist rücksichtsvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	ist unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit. <i>Bitte alles Zutreffende unterstreichen!</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	teilt gerne mit anderen Kindern (Süssigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	ist Einzelgänger, spielt meist alleine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	ist im Allgemeinen folgsam; macht meist was Erwachsene verlangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	ist hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	ist ständig zappelig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	ist oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig. <i>Bitte alles Zutreffende unterstreichen!</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	ist im Allgemeinen bei anderen Kindern beliebt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	ist leicht ablenkbar, unkonzentriert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	ist nervös oder anklammernd in neuen Situationen, verliert leicht das Selbstvertrauen. <i>Bitte alles Zutreffende unterstreichen!</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	ist lieb zu jüngeren Kindern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	lügt oder mogelt häufig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	wird von anderen gehänselt oder schikaniert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	denkt nach, bevor er/sie handelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	kommt mit Erwachsenen besser aus als mit anderen Kindern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	hat viele Ängste; fürchtet sich leicht. <i>Bitte alles Zutreffende unterstreichen!</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	führt Aufgaben zu Ende; hat eine gute Konzentrationsspanne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Gibt es noch etwas, dass Sie erwähnen möchten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V.	Beziehung zum Kind
-----------	---------------------------

34	Beziehung zum Kind
-----------	---------------------------

Instruktion vorlesen:

Die folgenden Aussagen betreffen ihr Verhältnis zu Ihrer Tochter/zu Ihrem Sohn. Bitte hören Sie sich die Aussagen aufmerksam an und entscheiden dann, wie gut jede Aussage Ihre Beziehung zu Ihrem Kind beschreibt. Wählen Sie immer eine der vier folgenden Antwortmöglichkeiten: „stimmt gar nicht“, „stimmt eher nicht“, „stimmt ein wenig“ und „stimmt genau“. Bitte beantworten Sie jede Aussage, auch wenn Sie in Ihrer Einschätzung nicht völlig sicher sein sollten.

		stimmt gar nicht	stimmt eher nicht	stimmt ein wenig	stimmt genau
1	Mein Sohn/meine Tochter und ich haben die gleichen Ansichten darüber, was man tun muss, um ein erfolgreiches Leben zu führen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Mein Sohn/meine Tochter kümmert sich zuviel um das, was ich mache.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ich bemühe mich darum, möglichst viel Zeit mit ihm/ihr allein zu verbringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Es ist mir nicht so wichtig, dass wir bei einer Meinungsverschiedenheit zu einer gemeinsamen Lösung kommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Wenn ich mich aufrege, weiss ich, dass er/sie sich wirklich Gedanken darum macht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Er/sie mischt sich zu sehr in meine Angelegenheiten ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ich bin mir nicht sicher, ob er/sie mich genauso mag, wie ich ihn/sie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Ich kann ihm/ihr gegenüber meine Gefühle und Stimmungen offen zeigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Wenn ich ihm/ihr etwas erzähle, hört er/sie mir oft nicht richtig zu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Er/sie lässt mich meine eigenen Entscheidungen treffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Wenn ich vor einer Schwierigkeit stehe, dann ist er/sie es, der/die mir hilft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Er/sie regt sich nicht übermäßig auf, wenn ich einen Fehler mache.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Er/sie zeigt mir seine/ihre Gefühle zu wenig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Ich nehme mir nicht genug Zeit, um ihm/ihr zuzuhören.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Ich stimme mit ihm/ihr überein, was richtig und falsch ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Wenn ich mit ihm/ihr reden will, ist er/sie immer für mich da.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Ich kann mich mit ihm/ihr richtig gut über meine alltäglichen Erlebnisse unterhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Ich mache manche Dinge nur, damit er/sie mich lobt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Mit ihr bin ich selten der gleichen Ansicht, was man tun sollte und was nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Ich bemühe mich, seine/ihre Erwartungen zu erfüllen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Wenn ich ihm/ihr etwas erzählen will, lässt er/sie mich oft nicht ausreden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Ich stimme mit ihm/ihr überein, wann eine Situation in der Familie als ernst anzusehen ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Er/sie meckert ständig an mir herum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Mit ihm/ihr kann ich mich immer gut unterhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Wenn ich ihm/ihr meine Meinung offen sage, führt das oft zu einem Streit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Wenn es ein Problem zwischen uns gibt, so findet er/sie immer einen vernünftigen Weg, um zu einer Lösung zu gelangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		stimmt gar nicht	stimmt eher nicht	stimmt ein wenig	stimmt genau
27	Es kommt öfter vor, dass ich ihn/sie umarmen möchte, es dann aber doch nicht tue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Ich habe anderen Ansichten als er/sie darüber, was für Schule und Beruf wichtig ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Ich nehme mir immer genügend Zeit für ihn/sie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35	Qualität der Beziehung						
Instruktion vorlesen:							
Auf einer Skala von 1 bis 6, wie schätzen Sie zurzeit die Qualität Ihrer Beziehung zu Ihrem Kind bzw. die Qualität Ihrer momentanen Familienatmosphäre ein? 1 bedeutet „sehr gut“, 6 bedeutet „sehr schlecht“.							
		1	2	3	4	5	6
1	Beziehung zu Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Familienatmosphäre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wir sind nun am Ende des Interviews angelangt! Haben Sie ganz herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Haben Sie noch Anmerkungen oder Fragen?

Nur vom Interviewer nach Gespräch auszufüllen!

UHRZEIT ENDE INTERVIEW: _____

A Beurteilung: Interesse des Interviewpartners						
	1 sehr groß	2 groß	3 mittel	4 wenig	5 sehr wenig	6 gar nicht
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B Beurteilung: Kooperationsbereitschaft des Interviewpartners						
	1 sehr groß	2 groß	3 mittel	4 wenig	5 sehr wenig	6 gar nicht
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C Platz für Anmerkungen des Interviewers. Bitte alles aufschreiben, was relevant erscheint!	